



le bulletin de l'ALLF

Organe de l'Association des Léprologues de Langue Française

janvier 2006 • n°

Éditorial

De la biologie moléculaire à... la réalité de terrain

Peut-on espérer que la recherche scientifique puissent apporter de nouveaux « outils » permettant d'améliorer le diagnostic précoce et le traitement, voire la prophylaxie de la lèpre ?

Certes, des avancées importantes ont été réalisées, ces dernières années, telles le décryptage du génome du bacille de la lèpre, les études d'épidémiologie génétique ou les essais en cours de quelques nouvelles molécules dont l'activité bactéricide vis-à-vis de *Mycobacterium leprae* est plus élevée que celle des médicaments actuels. Mais on ne dispose toujours pas d'un vaccin efficace, on ne peut toujours pas diagnostiquer la lèpre au stade infra clinique, le traitement par la PCT est toujours long et la prise en charge des réactions difficile sur le terrain.

Aussi, il faut saluer l'heureuse initiative de création du projet IDEAL, un consortium international mettant en réseau une trentaine de laboratoires de recherche sur la lèpre.

Mais il serait bien évidemment illusoire de penser que les éventuelles retombées pratiques de ces travaux de recherche permettent à eux seuls de résoudre tous les problèmes et de réaliser enfin ce vieux rêve d'élimination définitive de la lèpre au niveau mondial.

Comment, en effet, pourrait-on réussir l'élimination de la lèpre si par manque d'information, les malades ne consultent pas très tôt, si par manque de formation les personnels de santé ne diagnostiquent pas précocement les nouveaux cas de lèpre, si la PCT n'est pas supervisée ou véritablement accompagnée, si le suivi post-PCT n'est pas réalisé, si les réactions et les rechutes ne sont pas diagnostiquées et prises en charge ?

La biologie moléculaire doit être au service de la lutte contre la lèpre mais, malgré les progrès scientifiques qu'elle pourra générer, on ne pourra jamais se passer de la compétence des personnels de santé pour dépister, traiter et surveiller, ni des relations humaines entre personnels de santé et malades, permettant un suivi régulier et donc une prévention des infirmités.

L'approche humaine restera toujours essentielle sur le terrain...

Pierre Bobin

**Le remède de l'homme c'est l'homme
(proverbe africain)**

Dans ce numéro

- infos épidémiologiques
- rechutes de lèpre multibacillaire
- traitement médical U de Buruli
 - ostéites à *M. ulcerans*
- projet pilote dermatoses au Mali
 - invalidités liées à la lèpre
 - récits historiques
- nombreuses autres infos

SOMMAIRE

(Voir en quatrième de couverture)

Diagnostic précoce = traitement précoce

La lèpre et l'ulcère de Buruli peuvent être guéris par un traitement médical, à condition qu'il soit institué **précocement**. On évitera ainsi les dramatiques complications telles que celles présentées par ces 2 malades :



Photo M. Y. Graawin

Lésions séquentielles de lèpre



Photo G. Gaillard

Ulcère de Buruli étendu

**Guérir de la lèpre ou de l'ulcère de Buruli
avec des séquelles invalidantes
est un échec thérapeutique**



■ LA LEPRE DANS LE MONDE EN 2004

Infos OMS

114 pays ont soumis à l'OMS leurs statistiques lèpre de l'année 2004, à savoir 36 de la Région africaine, 23 de la Région des Amériques, 10 de la Région de l'Asie du Sud-Est, 16 de la Région de la Méditerranée orientale et 29 de la Région du Pacifique occidental.

En 2004, **407 791 nouveaux cas** ont été détectés dans ces 114 pays (tableau 1).

Au 31 décembre 2004, 286 000 malades en traitement étaient enregistrés.

Depuis 1985, plus de **14 millions de malades ont été guéris** dans le monde grâce à la PCT.

En comparant les chiffres mondiaux depuis 2001 (tableau 2) on note une tendance à la diminution du nombre annuel de cas détectés. En 2004, il a baissé de 107 000 (21 %) par rapport à 2003.

Mais il faut préciser que cette diminution résulte principalement de la baisse du nombre de nouveaux cas

détectés dans la région Asie du Sud Est et, en fait, essentiellement en Inde (baisse de 29 % par rapport à 2003).

Par contre, ce nombre reste toujours stable ou même en augmentation dans la plupart des autres pays.

Ainsi en Afrique le nombre de nouveaux cas évolue entre 40 000 (2001) et 47 000 (2004) et en Amérique du Sud entre 43 000 (2001) et 53 000 (2004).

La lèpre reste aujourd'hui un problème de santé publique dans **9 pays** : 6 en Afrique, 2 en Asie du Sud-Est et 1 d'Amérique latine. Ces pays sont les suivants (par ordre de fréquence décroissante) : **Inde, Brésil, République démocratique du Congo, Tanzanie, Népal, Mozambique, Madagascar, Angola, République Centrafricaine.**

Ensemble, ces pays regroupent 84 % environ des nouveaux cas détectés en 2004 et 74 % des malades en traitement enregistrés au début de 2005 (tableau 3).

Situation dans les 20 pays ayant dépisté 1 000 nouveaux cas ou plus en 2004 ainsi que le nombre de nouveaux cas détectés en 1993, 2002 et 2003 (tableau 4)

Concernant le **Brésil**, le nombre de nouveaux cas annuel était de l'ordre de 34 000 en 1993 et de 49 000 en 2004. Par contre, dans ce pays on constate une chute importante du nombre de malades enregistrés pour traitement fin

Tableau 1. Nombre de malades détectés en 2004 (par Région OMS, Europe exclus)*

Afrique	46 918	(6.5)
Amériques	52 663	(6.0)
Asie du Sud Est	238 608	(11.3)
Méditerranée Orientale	9 392	(2.7)
Pacifique Occidental	6 216	(2.4)
Total	407 791	

*taux de détection entre parenthèse calculé pour 100 000 habitants

Tableau 2. Nombre de nouveaux cas de lèpre de 2001 à 2004 par région OMS

Région	No. de nouveaux cas détectés (nombre de nouveaux cas détectés)			
	2001	2002	2003	2004
Afrique	38 000	40 000	42 000	47 000
Amériques	42 000	45 000	48 000	53 000
Asie du Sud-Est	230 000	235 000	240 000	238 608
Méditerranée Orientale	8 000	9 000	10 000	9 392
Pacifique Occidental	5 000	6 000	7 000	6 216
Total	323 000	337 000	347 000	407 791

2004 (30 693) par rapport à fin 2003 (76 908), mais cette réduction significative résulte d'une mise à jour des registres et d'une standardisation de la définition du « cas de lèpre ».

Actuellement, ces 20 pays regroupent 96 % du nombre total de nouveaux cas détectés. Le nombre de cas annuels détectés a diminué en Chine, en Côte d'Ivoire*, en Guinée, en Inde, au Myanmar et aux Philippines comparativement à 1993.

Dans les **14 autres pays, au contraire**, on observe une **stabilité** ou une **augmentation**. Des facteurs opérationnels tels que l'amélioration de la couverture des services, une meilleure sensibi-

lisation communautaire et une amélioration de la notification des cas sont peut-être responsables de l'augmentation du nombre de nouveaux cas détectés dans certains de ces pays.

**NDLR avec la crise politique actuelle en Côte d'Ivoire (la moitié nord du pays étant sous contrôle des rebelles) ce chiffre doit être évidemment accueilli avec beaucoup de réserve).*

Le **plan stratégique de l'OMS** pour l'élimination de la lèpre 2000-2005 a appuyé les programmes nationaux pour les aider à intensifier leurs efforts afin de **diagnostiquer** et **traiter** gratuitement par la PCT tous les nouveaux cas

de lèpre détectés. En outre, il a facilité **l'intégration des services de lutte antilépreuse dans le système général de soins de santé**, surtout dans les pays de forte endémicité. Ces efforts ont conduit à une amélioration de la couverture des services de lutte antilépreuse et à une amélioration de l'accès à ces services en faisant en sorte que le traitement soit disponible au centre de santé le plus proche du domicile du malade. Toutefois, le degré d'intensification des **activités d'élimination** ainsi que la rapidité du processus d'**intégration varient d'un pays à l'autre**. En outre, différentes zones actuellement en proie à des **conflits** ou s'efforçant de rétablir des services de lutte antilépreuse après une **situation de guerre** continuent de **poser un problème** aux programmes nationaux de plusieurs pays de la Région africaine de l'OMS ainsi que de celles de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.

Référence

Weekly Epidemiological Record 26 / 08 / 05 – n° 34 – 2005. 289-295.

Tableau 3. Nombre de nouveaux cas dans les 9 pays les plus endémiques

Pays	Cas détectés en 2003	Cas détectés en 2004
Inde	387 143	260 063
Banladesh	49 206	49 584
Rep. Dem. Congo	7 166	11 781
Népal	8 046	6 958
Tanzanie	5 279	5 190
Mozambique	5 907	4 286
Madagascar	5 104	3 710
Angola	2 935	2 129
Rep. Centre Africain	542	402
Total	461 328	343 843

Tableau 4. Nombre de nouveaux cas de lèpre détectés dans les 20 pays signalant au moins 1000 nouveaux cas en 2004, comparativement à 1993, 2002 et 2003

Country/Region	1993	2002	2003	2004
Angola	260	4 223	2 882	2 108
Banladesh	8 643	8 894	8 772	8 282
Burkina Faso	24 288	28 908	28 288	49 894
Burundi	871	88	88	1 888
Chine	8 228	1 888	1 884	1 488
Côte d'Ivoire	2 888	1 288	1 288	1 488
Democratic Republic of the Congo				
Democratic Republic of the Congo	2 488	5 888	7 888	11 788
Egypte	1 488	1 288	1 488	1 288
Guinée	4 888	4 888	5 888	4 788
Guinée-Bissau	4 888	1 288	888	1 888
Inde	487 143	478 828	467 143	260 063
Indonésie	12 888	12 288	14 888	15 888
Madagascar	288	888	888	888
Malawi	1 888	5 888	5 888	4 288
Mozambique	12 888	7 888	8 888	3 788
Népal	4 888	12 888	8 888	6 888
Népal	8 888	8 888	4 788	5 288
Philippines	2 488	2 488	2 288	2 288
Tanzanie	888	2 288	1 888	1 888
United Republic of Tanzania				
Zimbabwe	8 288	8 888	8 288	8 288
Total	288 888 888	888 888 888	888 888 888	888 888 888

COMMENTAIRES

La courbe de détection annuelle de nouveaux cas était en plateau depuis une vingtaine d'années, avec une moyenne de 700 000 nouveaux cas par an.

Depuis 3 ans, elle amorce une chute avec une diminution étonnamment rapide de 140 000 cas entre 2001 et 2002, 115 000 entre 2002 et 2003, 107 000 entre 2003 et 2004.

Comme dit plus haut, cette chute est due presque exclusivement à la **diminution des chiffres de l'Inde**. Cette diminution en Inde a été de 22,4 % entre 2002 et 2003 et de 29 % entre 2003 et 2004.

Comment expliquer une chute aussi importante en aussi peu de temps en Inde, alors que **dans la plupart des autres pays, le nombre de nouveaux cas annuels est toujours stable**, évoluant depuis 3 ans entre 40 000 et 47 000 en Afrique et entre 43 000 et 53 000 en Amérique du Sud ?

S'agit-il d'une **baisse réelle** de l'endémie ou d'une **baisse relative**, due à des changements de critères de définition des « cas » de lèpre ?

P. B.

■ PEUT-ON ESPÉRER QUE LES PARTENAIRES DE LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE EN AFRIQUE ARRIVERONT À UN CONSENSUS SUR LA STRATÉGIE À MENER DANS LES 5 ANNÉES À VENIR ?



Région africaine de l'OMS (OMS/AFRO) en gris foncé

Officiellement le dialogue entre l'OMS et l'ILEP a repris. Comme nous le disions dans l'éditorial du 17^{ème} numéro du Bull. de l'ALLF, certaines déclarations de représentants de l'OMS au Congrès de l'ILA à Johannesburg en février 2005, montrant un souci d'« ouverture », et la rencontre entre le Directeur Général de l'OMS et le Président de l'ILEP du 14 mars 2005 permettaient d'envisager que des services lèpre de qualité puissent continuer à être disponibles et fonctionnels entre 2006 et 2010. On pourrait donc a priori être optimiste.

Mais le document préparé par le Bureau Afrique de l'OMS (OMS-AFRO), document intitulé « Stratégie pour maintenir la qualité des services lèpre, quand les cas deviennent rares », soulève la question de savoir si les déclarations officielles pourraient se traduire réellement par un projet visant à améliorer la qualité du diagnostic et du traitement, ainsi que la prévention des infirmités. En tout cas, ce fut le souci des participants à la **réunion organisée par l'OMS pour les coordonnateurs nationaux de lutte contre la lèpre en Afrique qui s'est déroulée à Brazzaville du 27 au 29 juin 2005.**

Les membres de l'ILEP avaient, avant cette réunion, clairement exprimé par écrit, leurs commentaires sur ce document. L'ensemble des participants a apporté des amendements à ce projet de stratégie et formulé des recommandations.

1) Commentaires de l'ILEP

a) Ce document a le **mérite** de reconnaître que la lèpre continuera à sévir bien après 2005, qu'il n'est plus question de *final push*, qu'il faut un « engagement politique » durable de la part de tous les grands partenaires, que l'intégration des activités lèpre dans les services de santé généraux doit être poursuivie et qu'en situation de basse prévalence le taux de détection est reconnu comme étant un meilleur indicateur que celui de la prévalence.

b) Par contre, les **points négatifs** suivants ont été relevés :

→ Absence de redéfinition des priorités des activités qui devraient se focaliser sur la qualité du diagnostic, la qualité du traitement et la prévention des invalidités (bien qu'annoncées en titre, ces stratégies ne sont pas développées).

→ Surestimation de la sensibilité du diagnostic purement clinique et absence de recommandation visant à réintro-

duire la bacilloscopie sur le terrain pour diagnostiquer d'une part les malades multibacillaires (MB) sans lésions cutanées caractéristiques ni hypertrophie de troncs nerveux et d'autre part les rechutes MB.

→ Pas de recommandation de supervision mensuelle des prises de PCT, alors qu'elle est essentielle pour s'assurer de la qualité du traitement. On ne parle que de PCT souple, PCT accompagnée ou de « self supervision », alors que ces stratégies ne doivent être utilisées que dans des conditions très précises (éloignement, difficultés d'accès...). La recommandation de déclarer « guéri » un malade qui avait reçu la totalité de ses plaquettes dès le premier jour, pour les 6 ou 12 mois de traitement et n'a pas été revu par la suite, n'est pas admissible (c'est comme si on le déclarait guéri, dès le premier jour, lorsque la totalité des plaquettes lui a été remise).

→ Il n'est pas fait mention des rechutes et du risque d'émergence de résistance médicamenteuse.

→ Il n'est pas fait mention non plus de prévention des infirmités.

→ Cette stratégie reste encore orientée vers l'« élimination » (terme encore souvent employé).

c) Au total, les représentants de l'ILEP concluent que le document soumis à l'amendement des participants n'offre rien de nouveau. La stratégie qui y est décrite ne diffère pas vraiment de la précédente, dénommée *final push*, dont l'objectif est d'atteindre à tout prix le seuil fixé ; en effet, la qualité du diagnostic et du traitement ainsi que la prévention des invalidités sont énoncées mais aucune action concrète les concernant n'est développée. Les commentaires des représentants de l'ILEP peuvent être résumés ainsi : il est **absolument nécessaire d'améliorer la qualité du diagnostic et du traitement**, c'est-à-dire, de façon plus explicite, d'améliorer :

- la qualité des **centres de référence**
- la **formation des personnels** de santé
- la **qualité du diagnostic**, en réintroduisant la **bacilloscopie** pour diagnostiquer les cas non cliniquement décelables
- la **qualité du traitement** (une vraie PCT supervisée ou réellement accompagnée)
- le **diagnostic des rechutes** et la surveillance de résistance médicamenteuse éventuelle
- la **prévention des infirmités**.

2) Amendements et recommandations faites par les participants

Sur la base de leurs expériences et à la lumière des commentaires des membres de l'ILEP, les participants, répartis en 3 groupes, ont proposé de nombreux et importants amendements. S'agissant des recommandations, tous les participants ont été scandalisés par la première version, car elle ne reflétait pas du tout les discussions menées. Mais, grâce aux amendements, les participants se sont entendus sur un texte commun de recommandations, à l'intention de l'OMS, des gouvernements et des partenaires.

On pourrait résumer ainsi les points importants de cette réunion :

– Malgré l'insuffisance de temps, les participants ont examiné dans les

moindres détails le document de stratégie et le plan d'action 2006-2010 d'OMS / AFRO.

– La majorité des mots ou expressions ou même des chapitres qui rappellent « la stratégie de la dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre » ont été supprimés ou reformulés.

– La place des examens de laboratoire dans le diagnostic de la lèpre a été reconnue.

– Il est clairement précisé que le traitement PCT supervisé est la règle et que la souplesse n'interviendra qu'en cas de raison de force majeure.

– Il reste cependant à insister sur la surveillance clinique et bactériologique post-thérapeutique des anciens patients MB microscopiques.

– Les différents acteurs (partenaires et coordonnateurs nationaux) devront collaborer étroitement avec le Secrétariat de l'OMS pour une transcription aussi exacte que possible de tous les amendements afin que le document final convienne à tous.

Peut-on espérer qu'après cette importante réunion de Brazzaville, l'ensemble des partenaires de la lutte contre la lèpre en Afrique mettront réellement en application sur le terrain les grandes lignes de la stratégie adoptée, concernant en particulier la qualité du diagnostic et du traitement ainsi que la prévention et la prise en charge des infirmités liées à la lèpre ?

INTERNET

Soyons Net

– **Le Bulletin de l'ALLF**, peut être consulté sur l'Internet grâce à la Société Française de Dermatologie (SFD) qui nous héberge sur son site. Une actualisation est faite tous les 6 mois, au fur et à mesure de la parution du *Bulletin de l'ALLF*. Vous pouvez nous trouver sur le site de l'ALLF dont l'adresse est la suivante :

www.sfdermato.net/allf/index.html

– *The International Journal of Leprosy* est disponible en ligne sur le site : www.leprosyjournal.org

A partir de début 2005, ce journal sera uniquement disponible sur Internet et le coût de l'adhésion à l'ILA (International Leprosy Association) sera réduit. Après le 1^{er} juin 2004, l'accès en ligne de l'intégralité du texte sera ouvert uniquement à ceux possédant un nom d'utilisateur et un mot de passe. La communication sera grandement facilitée si tous les membres et souscripteurs actuels font parvenir leurs adresses électroniques à : ijl@leprosy.org

Autres références utiles :

– OMS :

– Lèpre : www.who.ch/who.int/lep

– Buruli : www.who.int/gtb-buruli

– ILEP : www.ilep.org.uk

– AFRF : www.raoul-follereau.org

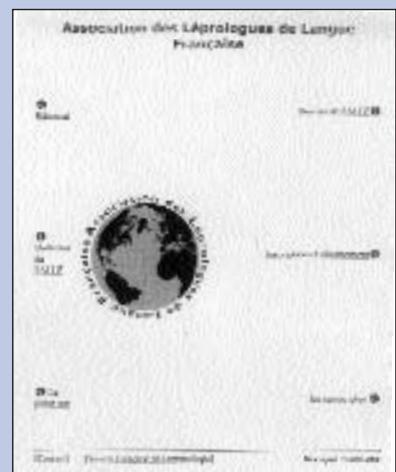
– Soc. Fr. Dermatologie : www.sfdermato.net

– Medline/PubMed : www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed

– Vietnamité : www.vietnamitie.org

– Dermatologie sur Internet : www.dermatonet.com

– PCD (Pathologie Cytologie Développement) : www.pcd-online.org.



LA LÈPRE N'EST PAS ÉLIMINÉE

Pierre Bobin

Le slogan lancé par l'OMS dans les années 90 (« élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique en l'an 2000 ») a certes été mobilisateur au début. Mais il a eu ensuite un effet pervers, celui de laisser penser aux populations des pays d'endémie et même aussi aux personnels de santé que la lèpre était « éliminée », terme étant alors le plus souvent interprété comme signifiant « éradiquée ». En effet ce terme d'« élimination » qui au début était suivi des mots « en tant que problème de santé publique » et qui signifie pour l'OMS que, dans un pays, le taux de prévalence doit être inférieur à 1 cas pour 10 000 habitants fut, le plus souvent, utilisé seul, entraînant ainsi une confusion avec le terme « éradication » qui, lui, signifierait 0 cas de lèpre (pour mémoire, rappelons qu'à ce jour une seule maladie a été éradiquée dans le monde, c'est la variole). L'OMS va encore plus loin, en prédisant que la lèpre, après un certain nombre d'années de basse prévalence, finirait par s'« éteindre » progressivement d'elle-même au niveau mondial, avec disparition dans les pays actuellement endémiques, comme cela a été le cas en Europe dans les siècles précédents.

Si une maladie est considérée comme étant en voie d'élimination, on conçoit aisément que l'on puisse s'en désintéresser. Et c'est ce qui se passe actuellement pour la lèpre. La démobilisation est générale, tant au niveau des populations qui ne consultent plus en présence de signes cutanés mineurs, que des personnels de santé qui perdent le « réflexe lèpre » et ne diagnostiquent plus les cas de lèpre débutante, des gouvernements des pays d'endémie qui ont d'autres priorités de santé plus spectaculaires telles le SIDA, le paludisme, la malnutrition..., des donateurs à destination des ONG traditionnellement engagées dans la lutte contre la lèpre et enfin des chercheurs qui, eux aussi, s'orientent vers des thèmes de recherche plus « porteurs ».

Pourquoi faut-il s'inquiéter d'une telle démobilisation ?

Parce que la lèpre existe toujours dans de nombreux pays en développement et que, vu l'importance des flux migratoires, des cas importés peuvent être aussi rencontrés dans les pays développés. Non seulement elle sévit toujours dans les pays du Sud mais la courbe de détection annuelle de nouveaux cas dans la majorité de ces pays reste en plateau depuis ces 20 dernières années. Jusqu'en 2003, le nombre de nouveaux cas mondiaux annuels était de l'ordre de 700 000. Depuis 2 ans cette courbe est en baisse, mais il faut préciser que cette diminution correspond seulement à une baisse importante des cas détectés en Inde, pays le plus endémique au monde. Dans la plupart des autres pays d'Asie ainsi qu'en Afrique et en Amérique latine, on ne constate pas de diminution du nombre des nouveaux cas annuels. En Europe, la quasi-totalité des cas sont des cas importés. En France métropolitaine, on estime que le nombre de cas détectés par an est de l'ordre d'une vingtaine mais, étant donné l'importance relative de l'incidence de la lèpre dans les DOM-TOM (entre 60 et 100 cas annuels) et dans certains pays d'Afrique francophone, on peut penser qu'il s'agit d'une estimation minimale.

La confusion est aussi entretenue par l'importance exagérée donnée par l'OMS à la baisse de la courbe de prévalence. La prévalence instantanée de la lèpre correspond au nombre de malades enregistrés pour traitement au 31 décembre de chaque année. Mais d'une part cet indicateur ne prend pas en compte les malades paucibacillaires dont le traitement de 6 mois s'est terminé avant le 31 décembre (c'est-à-dire tous les malades paucibacillaires détectés pendant le premier semestre) et d'autre part, les comparaisons statistiques avec les chiffres des 20 ou 30 dernières années ne sont pas valables dans la mesure où on évalue des données non comparables. En effet avant les années 80, les malades étaient enregistrés comme tels pendant 5 ans pour les paucibacillaires ou à vie

pour les multibacillaires, alors qu'actuellement ils ne le sont que pendant 6 ou 12 mois, selon la forme de lèpre. Le « nettoyage » des dossiers réalisé au cours des années 80 et 90 a permis de rayer des registres de nombreux malades dont le traitement spécifique était terminé, même s'ils étaient porteurs de séquelles neurologiques.

Avec un tel indicateur épidémiologique dont les critères ont changé en une vingtaine d'années on a obtenu une baisse artificielle considérable de la courbe de prévalence, ce qui donne à l'OMS un argument de poids pour crier victoire, alors que la courbe de détection de nouveaux cas (correspondant schématiquement à l'incidence) restait en plateau, n'étant pas influencée par la mise en place de la polychimiothérapie antiléprouse, pourtant très efficace.

Enfin, il ne faut pas oublier les 2 à 3 millions de malades présentant des infirmités liées à la lèpre et qui sont le plus souvent oubliés car sortis des statistiques. Ils continuent toujours, à cause de leurs invalidités, à véhiculer l'image péjorative ancestrale de la lèpre et leur prise en charge en vue d'une réhabilitation tant médicale que sociale est pratiquement inexistante dans la majorité des pays d'endémie.

En conclusion, la lèpre existe toujours et le nombre de nouveaux cas annuels reste identique depuis ces 20 dernières années dans la grande majorité des pays d'endémie.

Si elle peut être considérée comme « éliminée en tant que problème de santé publique », ce terme d'« élimination » abusivement utilisé est souvent interprété comme signifiant « éradication ».

Etant donnée la situation actuelle de la lèpre dans le monde, il nous semble que le terme de maladie « maîtrisée » ou « contrôlée » traduirait mieux la réalité épidémiologique et éviterait une trop grande démobilisation qui risquerait de faire de la lèpre une maladie « réémergente », dans les dix à vingt ans à venir.

SITUATION DE LA LÈPRE À ANJOUAN (UNION DES COMORES) EN 2004

Zahara Salim*

Depuis 1980, le programme de lutte contre la lèpre et la tuberculose à Anjouan était un programme vertical. Le dépistage et le traitement se faisaient au niveau du service de phtisio-léprologie du CHR de Hombo, avec l'appui technique, financier et matériel de la Fondation Damien (FD). À partir de 2001, le programme bénéficie également de l'appui de l'OMS.

Suite à une évaluation conjointe FD/ OMS / DGS, en 2001, il a été recommandé :

- d'adopter la PCT/OMS dans le traitement des cas de lèpre (6 mois pour les PB, 12 mois pour les MB)
- de retraiter par la PCT/OMS tous les anciens multibacillaires MB
- de former le personnel médical et paramédical sur la prise en charge des cas de lèpre
- d'organiser une campagne d'élimination de la lèpre (CEL)
- de décentraliser les activités de lutte contre la lèpre au niveau des centres de santé de district.

Toutes ces recommandations ont été mises en œuvre. Les résultats ont été encourageants mais la décentralisation est toujours restée incomplète (les médecins formés sont mutés, promus à des postes plus élevés ou partis en stage de spécialisation) et la prise en charge des cas est assurée par les agents périphériques.

1. Détection des nouveaux cas en 2004

- Nombre de nouveaux cas

129 nouveaux cas ont été détectés pendant l'année 2004, se répartissant comme suit :

Sexe	Age	Forme	Localisation	Degré	Total
93 ^m	36	37	47	4	00
73,09 %	27,90 %	44,13 %	36,43 %	3,10 %	

* dont 52 à lésion unique

- Répartition des cas de lèpre détectés en 2004 selon le détecteur

76 % des cas sont dépistés par l'équipe du pavillon lèpre-tuberculose de Hombo, 19 % par les agents périphériques, ce qui confirme que la décentralisation pose un problème.

Avant 2001, le nombre de nouveaux cas détectés par an oscillait autour de 80 cas.

En 2001, la mise en place de la PCT a permis une sensibilisation de la population et une augmentation du nombre de nouveaux cas détectés.

En 2002, la CEL a permis, grâce à l'implication de tout le personnel de santé et des leaders communautaires, de multiplier par trois le nombre de nouveaux cas détectés.

Mais après 2002, malgré la CEL, le nombre de nouveaux cas augmente.

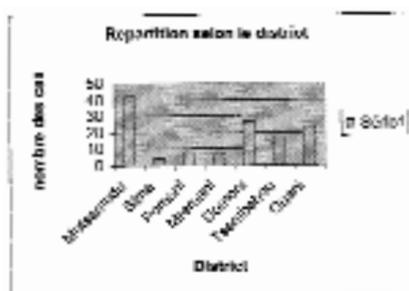
Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette situation :

- la lèpre est une maladie à incubation très longue (3-7 ans), une partie des malades a probablement été contaminée avant la CEL mais les patients ne présentaient pas encore de signe cutané ;

- la détection active est mieux organisée et plus fréquente (2 à 3 jours de tournées de supervision et dépistage par semaine). Le diagnostic est plus précoce, comme en atteste la proportion assez élevée d'enfants de moins de 14 ans et de cas à lésion unique et la faible proportion de cas présentant une infirmité de degré 2 ;

- la pauvreté s'accroît et une alimentation insuffisante, le manque d'hygiène, la promiscuité... sont des facteurs favorisant.

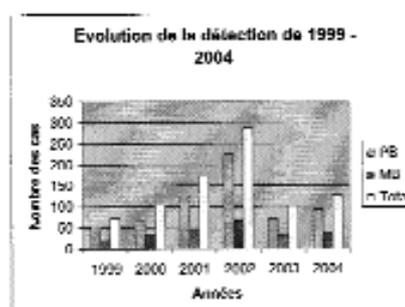
- Répartition des cas de lèpre détectés en 2004 par district



Les districts les plus endémiques sont : Mutsamudu, Domoni, Ouani et Tsembhou. À noter que la lèpre sévit surtout dans les banlieues des grandes villes, sauf dans le district de Tsembhou.



- Evolution de la détection des cas de lèpre de 1999 à 2004

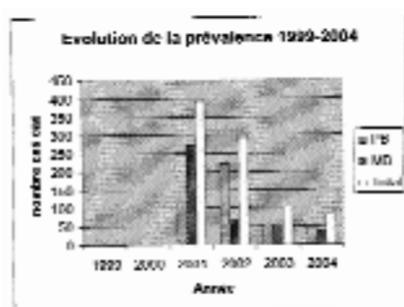


2. Nombre de malades enregistrés au 31 décembre 2004 (prévalence)

– Evolution de la prévalence de la lèpre entre 1999 et 2004

Avant 2001, le schéma de traitement court permettait de traiter tous les cas dépistés au cours de l'année en cours. On enregistrait donc peu ou pas de malades à la fin de l'année.

En 2001, le graphique montre un nombre élevé des cas en traitement à la fin de l'année, à cause du retraitement de tous les anciens MB.



Forme de lèpre	Diagnostic clinique	Cas non prélevés (Malades vivants)	Confirmation anatomo-pathologique
PB	63	28	52
MB	36	00	36

3. Comparaison entre le diagnostic clinique et le diagnostic anatomo-pathologique (tableau ci-dessus)

Tous les cas MB sont confirmés en anatomo-pathologie, donc 100 % de concordance. Cependant 3 cas considérés MB cliniquement sont des BT (IB = 0) et un cas PB cliniquement et bactérioscopiquement sera classé MB à l'examen anatomo-pathologique.

13 cas PB sont déclarés non lépreux en examen anatomopathologique.

28 cas PB présentant des lésions au niveau du visage n'ont pas été prélevés. Sur 65 cas PB, 52 sont confirmés histologiquement, ce qui représente 80 % de concordance.

Au total, il y a **87,12 %** de concordance entre le diagnostic posé cliniquement et la confirmation anatomo-pathologique.

En conclusion

Le seuil d'élimination de la lèpre comme problème de santé publique sera atteint au niveau national mais à Anjouan, le taux de prévalence étant de 2,90 /10 000, beaucoup reste encore à faire :

- Consolider les acquis.
- Intégrer les activités de dépistage et de traitement PCT dans tous les CS et PS.
- Réaliser une formation en cascade de tout le personnel de l'île d'Anjouan.
- Renforcer la formation par des supervisions régulières et intégrées du personnel du niveau district par les équipes du niveau central (DGS et équipe lèpre de Hombo).
- Impliquer les médecins chefs de districts dans la planification et la réalisation des visites de re-examen de sujets contacts et des cas suspects dans les villages.

**Hôpital Hombo, Mutsamudu, Anjouan*



Examen d'un malade par le Dr Zahara Salim



L'Union des Comores est située dans l'Océan Indien au Nord-Est du Canal du Mozambique, entre l'Afrique et Madagascar et regroupe trois îles autonomes (Grande Comore, Anjouan, et Mohéli). Chaque île est subdivisée en plusieurs districts sanitaires sous la responsabilité de médecins chefs. Anjouan, l'île la plus endémique en matière de lèpre, compte environ 278 000 habitants (en 2004).

LA LÈPRE URBAINE : L'EXEMPLE D'ANTANANARIVO (MADAGASCAR)

Claude Ratrimoarivony*

A Antananarivo, capitale de Madagascar, le taux de prévalence de la lèpre est inférieur à 1 pour 10 000 habitants, depuis plusieurs années. De nouveaux cas sont toujours détectés, malgré une couverture sanitaire plus favorable que dans les zones rurales. Le but de notre travail a été d'analyser la tendance épidémiologique et d'identifier les caractéristiques de la lutte contre la lèpre dans une zone urbaine et suburbaine.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective des cas de lèpre dépistés dans la ville d'Antananarivo et ses environs sur une période de 8 ans, de 1996 à 2004. Tous les cas ont fait l'objet d'un examen bactériologique.

Résultats

Antananarivo et sa banlieue couvrent 3 districts (ville, Nord, Sud) pour une population de 1 551 911 habitants (en 2001) et une superficie de 100 km². Sur 143 établissements sanitaires, seul le service de Dermatologie de l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) a notifié des malades. 165 nouveaux cas de lèpre ont été détectés pendant cette période de 8 ans, soit une moyenne de 18 cas par an, dont **77.57 % de MB, 8.63 % d'enfants, 19.6 % de malades porteurs d'infirmités au moment de la détection.**

Plusieurs cas avaient une symptomatologie « historique » et 20 % ont présenté des réactions.

72.42 % résidaient en ville, dans des quartiers peuplés. 20.69 % provenaient des autres districts de la Province d'Antananarivo et 6.89 % des autres provinces. 63.79 % étaient de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 33.88, les extrêmes allant de 7 à 77 ans.

Le pourcentage de MB est passé de 52.17 % en 1996 à 94.40 % en 2004.

Discussion

L'« élimination » n'est pas encore l'éradication. Les conditions socio-économiques urbaines (défavorables) favorisent l'isolement des malades et la pérennité de la transmission. Malgré la bonne couverture sanitaire, les centres de santé ne semblent pas prendre en charge les malades. Les cas réactionnels ont été vus par au moins 2

médecins avant que le diagnostic soit posé. Le taux élevé de MB devrait inciter à la vigilance et les activités de lutte mériteraient des stratégies particulières pour la ville et ses environs.

En conclusion

Avec la tendance à l'exode rural et les conditions défavorables urbaines et suburbaines, la lèpre risquerait d'exploser dans les années à venir si des mesures adéquates ne sont pas prises pour la capitale en particulier et les villes en général, en utilisant les ressources disponibles.

**Communication présentée au Congrès de l'Association des Dermatologues Francophones à Aoste (Italie) le 22-25 juin 2005 : « Lèpre urbaine : cas d'Antananarivo ». C. Ratrimoarivony, F. M. P. Randrianasolo, L. S. Ramarozatovo, M. Vololoarinosinjatovo, R. Vamisavololona, H. Ramarokoto, F. Rapelanoro Rabenja*

ICO-



lèpre multibacillaire



lèpre multibacillaire

Durant l'année 2004, **62 nouveaux cas** ont été dépistés (taux de détection de 0.20 pour 100 000 habitants par an). Au 31 décembre de la même année, 302 malades étaient sous traitement (soit un taux de prévalence de 0.1 pour 10 000 habitants).

1) Répartition des nouveaux cas détectés par forme de lèpre

Ils se répartissent ainsi :

- MB = 38 (dont 2 enfants)
- PB = 24 (dont 3 enfants)

2) Répartition des nouveaux cas par degré d'invalidité (OMS)

Parmi les 62 cas détectés en 2004, 24 (39 %) ont des invalidités : 6 cas (9.7 %) de degré 2 (classification OMS) et 18 cas de degré 1, ce qui témoigne d'un retard dans le diagnostic des malades qui entraîne des invalidités irrécupérables.

3) Origine de l'envoi des malades

50 % ont été adressés par des formations sanitaires publiques, 18 % par des médecins privés, 13 % par les familles des malades et dans 7 % des cas les malades se sont présentés d'eux-mêmes. On constate donc qu'aucun cas n'a été détecté lors du dépistage actif.

4) Evolution entre 2000 et 2004 (tableau 1)

	2000	2001	2002	2003	2004
Nouveaux cas détectés	61	74	60	39	62
Malades (%)	13	9	3	8	8
Degré d'invalidité (classif. OMS) (%)	6	2	3	3	9,7

5) Détection de nouveaux cas et nombre de malades enregistrés pour traitement en fin d'année entre 1950 et 2003 (voir courbe = tableau 2)

Le taux de prévalence (nombre de malades en traitement le dernier jour de l'année) est passé de 3.2 pour 10 000 habitants en 1990 à 0.4 en

1991, suite au changement de la définition du cas de lèpre par l'OMS en 1988 et à la mise à jour du fichier central du Centre National de Léprologie.

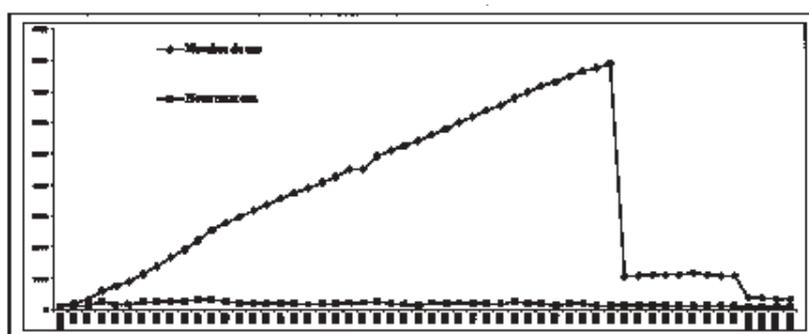


Tableau 2

6) Le schéma thérapeutique adopté au Maroc est différent de celui de l'OMS

Malade	Dose	Régime	Durée	Modalités de prise	Quantité totale
MULTI-MEDICAMENTS	400 mg	1 fois par semaine	3 mois MB 3 mois PB	coke aqueuse	12000 mg 10000 mg
MONOMEDICAMENTS	300 mg	1 fois par jour	3 mois MB 3 mois PB	coke avec chloroforme	90000 mg 90000 mg
REAPRIÈRE	300 mg	1 fois par jour avec 3 chloroforme	5 ans MB 3 ans PB	coke avec chloroforme	157500 mg 90000 mg

Commentaires

Au Maroc, la lèpre ne constitue plus un problème majeur de santé publique. Néanmoins, la poursuite de la lutte contre la lèpre se justifie par la nature même de la maladie. En effet, il s'agit d'une affection sociale par excellence qui touche, de préférence, les couches défavorisées de la population vivant en milieu rural dans de mauvaises conditions socio-économiques.

Lutter contre la lèpre, c'est venir en aide à ces populations pour améliorer leurs conditions de vie et les faire participer au développement du pays. Cette lutte s'inscrit dans le cadre de la lutte contre la pauvreté qui constitue une des priorités du Gouvernement.

La lutte anti-lépreuse menée dans le pays est un succès comme en témoigne

la baisse constante de la prévalence au point que l'on pense pouvoir l'éliminer totalement d'ici 2010.

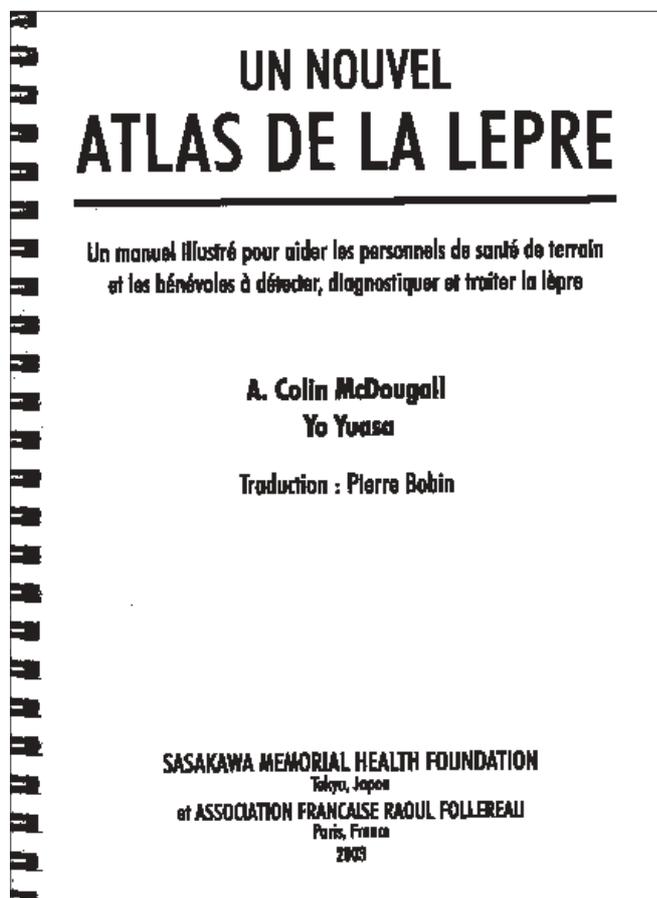
Le dernier séminaire national d'évaluation des activités organisé au Centre National de Léprologie en marge de la journée mondiale de la lèpre a permis de formuler des recommandations (voir photo groupe des participants). Actuellement de nombreux défis sont posés au Programme notamment la nécessité du maintien et du renforcement de services de références accessibles et performants dans un contexte de faible endémicité.

Dans ce sens, une étude est actuellement en train d'être menée par l'équipe du Programme pour réviser la stratégie actuelle et assurer la pérennité et l'efficacité aux activités de contrôle de la lèpre au Maroc.



Photo groupe participants au dernier séminaire national d'évaluation des activités lèpre au Maroc

**Médecin dermatologue, Coordinateur du programme national de lutte contre la lèpre*



CDR : Diagnostic et traitement de la lèpre

LU POUR VOUS sur le site web de l'ILEP

■ TAUX DE RECHUTE DE LÈPRE MULTIBACILLAIRE APRÈS POLYCHIMIOTHÉRAPIE (PCT)

Une absence de preuve n'est pas une preuve d'absence



Bacilloscopie (Institut Marchoux)

Les rechutes de lèpre multibacillaire (MB) résultent de l'impossibilité pour la PCT d'abaisser le nombre de bacilles viables en dessous d'un certain niveau, ce qui leur permet ainsi de se remultiplier.

Les rechutes MB sont épidémiologiquement importantes car les malades MB qui rechutent redeviennent contagieux et si le taux de rechute augmentait, on pourrait assister à un ralentissement du déclin de l'incidence.

Par ailleurs, la détermination du taux de rechute MB après arrêt de la PCT est le seul moyen d'évaluer l'efficacité à long terme de la PCT.

1. Diagnostic d'une rechute MB

On parle de rechute MB, quand on constate chez un malade MB ayant terminé ses 12 mois de PCT une réactivation des lésions cutanées préexistantes ou de nouvelles lésions, associées à une augmentation significative (= ou > 2) de l'index bactériologique (IB). Pour que les rechutes MB puissent être détectées, il faut que les malades MB soient suivis régulièrement (examen clinique et bacilloscopie) après la fin de la PCT (au moins 1 fois par an). Les frottis cutanés doivent être réalisés sur les mêmes 4 à 6 sites examinés avant le traitement et sur des lésions nouvelles ou réactivées.

A un stade plus précoce, une rechute peut être détectée, en absence de lésions cutanées visibles, par la seule bacilloscopie. Mais le niveau actuel des services de bacilloscopie ne permet pas de tenir compte de la bacilloscopie seule (sans les signes cliniques).

La preuve de la viabilité de *M. leprae* par la technique d'inoculation à la souris est utile pour confirmer la rechute mais cet examen n'est pratiqué que dans de rares services de bactériologie de référence et il n'est donc pas utilisable dans la très grande majorité des programmes lèpre. En outre, il a été prouvé que dans

90 % des rechutes MB, les bacilles étaient viables. Donc l'inoculation à la souris n'est plus considérée comme indispensable dans le fonctionnement de routine des programmes lèpre.

Le risque de « sous diagnostic » est plus important que celui de « sur diagnostic ». Il est dû au manque de formation des agents de santé, à la durée insuffisante du suivi des malades après PCT, à une qualité médiocre des services de bacilloscopie ou à une combinaison de tous ces facteurs.

2. Importance des rechutes MB et ses facteurs de risque

– Rechute après une PCT de 24 mois

Le taux de rechute a été rapporté comme étant très bas (environ 0.1 % par an) dans les programmes en routine, pour les malades ayant reçu une PCT de 24 mois ou plus. Comme ce taux est très bas, l'OMS a considéré que le suivi post-PCT n'était pas utile et celui-ci a cessé d'être recommandé, alors que la durée de la PCT était raccourcie à 12 mois et qu'elle pourrait à moyen terme être encore raccourcie à 6 mois. L'OMS déclarait en 2004 que les rechutes sont rares après PCT mais sans fournir des données précises et sans spécifier la durée de la PCT.

Cependant, il faut être très prudent dans l'interprétation de cette notion de rareté des rechutes :

– dans les programmes lèpre, le suivi post-PCT des malades a été arrêté depuis plus de 10 ans. Les malades sont sortis des registres dès qu'ils ont terminé la PCT et le plus souvent des informations essentielles telles qu'identité, adresse, IB initial et historique du traitement sont perdues, d'où la difficulté de retrouver ces malades pour les examiner.

– suite à l'intégration, la responsabilité pour la détection des rechutes repose sur les agents de santé des services généraux. Mais la plupart d'entre eux n'ont pas les connaissances nécessaires (la détection des rechutes n'étant pas incluse dans leur cycle de formation). Donc la plupart d'entre eux ne savent pas que la lèpre peut rechuter après une PCT et ne savent pas comment se présente une rechute. En plus, ces agents de santé manquent souvent de moyens et de ressources pour suivre des malades qui ont déjà fini leur PCT et qui ne sont donc plus considérés comme des « cas de lèpre ».

– puisque les services de bacilloscopie ne sont plus opérationnels sur le terrain dans la majorité des programmes, il est donc impossible de détecter une rechute, particulièrement à un stade précoce.



Lèpre forme L

Donc la déclaration que le taux de rechute est très bas ou « rare », après une PCT est une déclaration sans preuve. **Mais une « absence de preuve » n'est évidemment pas une « preuve d'absence » !**

Par ailleurs, des taux élevés de rechutes MB après PCT/OMS de 24 mois ont été rapportés par plusieurs instituts de recherche tels que l'Institut Marchoux à Bamako, le Central JALMA Institute à Agra et Leonard Wood Memorial Center for leprosy research à Cebu. Il a été ainsi démontré qu'il existe un sous groupe de malades MB, ayant eu un IB initial = ou > 4, pour lesquels le taux de rechute est élevé (4 à 7 %), suggérant ainsi qu'un IB initial élevé est le facteur de risque le plus important pour une rechute MB.

En outre, les rechutes se produisent tardivement, au moins entre 3 et 7

années après l'arrêt du traitement (certaines se produisant jusqu'à 10 ans après la fin du traitement).

D'autres instituts (Karigiri, ALERT) ont publié des séries avec des taux de rechutes faibles.

– Rechute après une PCT de 12 mois

Depuis 1998, tous les malades de la lèpre MB ont été traités avec le régime PCT de 12 mois. Mais aucune information, concernant le taux de rechute à long terme chez ces malades, n'est disponible.

Nous n'avons donc aucune idée de l'efficacité à long terme du régime de PCT standard OMS pour la lèpre MB !

3. Détermination des taux de rechutes MB fondée sur des preuves

Bien que plusieurs millions de malades MB ont été traités par 24 mois puis 12 mois de PCT, il n'existe aucune étude permettant d'évaluer le taux de rechute après PCT, et de savoir s'il existe un sous-groupe à haut risque.

Evidemment c'est notre **responsabilité historique** de déterminer, en s'appuyant sur des preuves, le taux et les facteurs de risque de rechute après des durées variables de PCT.

Pour les malades traités par 24 mois de PCT, il est possible de faire une étude rétrospective. Des millions de malades ont reçu ce régime de 24 mois, principalement entre 1994 et 1998 et beaucoup d'entre eux sont encore en vie. Il est possible de retrouver et d'examiner un certain nombre de ces malades. Pour les malades traités par 12 mois de PCT, le taux de rechute devrait être déterminé seulement par une étude prospective car il est pratiquement impossible d'identifier les vrais cas de MB : en effet, depuis 1998 (début de la PCT de 12 mois) la classification des malades n'est plus bactériologique mais clinique (comptage du nombre de lésions cutanées) et parmi les malades classés MB il y a ainsi beaucoup de malades qui auraient été classés PB avec la bacilloscopie.

Pour collecter des informations utiles afin de connaître le taux de rechute MB post PCT, **il faut améliorer les connaissances des agents de santé et réintroduire les services de bacilloscopie.**

Si cela n'est pas fait rapidement, il y aura toujours une incertitude au sujet de l'importance des rechutes MB post PCT et de l'existence possible d'un groupe à risque et il n'y aura jamais de consensus concernant l'efficacité à long terme de la PCT pour les malades de la lèpre multibacillaire.

**Service Microbiologie, Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière, Paris*



Lèpre forme L (lépromes)



Lèpre forme L (lépromes)

■ PRÉVALENCE DES TACHES HYPOCHROMIQUES NON LÉPREUSES CHEZ LES ENFANTS EN MILIEU RURAL, AU MALI*

O. Faye, H. T. N'Diaye, S. Keita, A. K. Traoré, R. J. Hay et A. Mahé

La survenue d'une tache hypochromique (TH) sur la peau est un signe clinique évocateur de lèpre, notamment chez les sujets à peau noire. Son identification est particulièrement importante pour le dépistage précoce de la maladie¹. Cependant, toutes les TH ne sont pas dues à la lèpre². Les données actuelles sur les TH et leurs étiologies dans la population générale étant rarement rapportées dans la littérature^{3,4}, le but de ce travail était de déterminer la prévalence réelle et les causes des TH chez les enfants en milieu rural au Mali (Afrique de l'Ouest).

Matériels et méthodes

Dans le cadre d'un projet pilote de lutte contre les Maladies de Peau (MDP) au Mali, une enquête de prévalence sur les MDP a été réalisée dans une zone rurale proche de la capitale, Bamako. Selon les besoins de l'étude, deux villages avec une population respective de 2 329 et 1 078 habitants ont été identifiés. En novembre 2001, tous les enfants âgés de 0 à 15 ans et vivant dans ces villages ont été examinés par deux dermatologues ayant une expertise appropriée dans le domaine de la lèpre et de la dermatologie tropicale. Tous les enfants ont eu un examen dermatologique complet et une attention particulière a été portée sur l'identification des TH qui étaient définies comme « toute lésion plane ayant une pigmentation claire par rapport à la peau normale avoisinante, avec un diamètre 1 cm, quelque soit son origine ». Le diagnostic étiologique des lésions était basé sur l'examen clinique, complété selon le besoin par des tests neurologiques sensitivomoteurs et la palpation des nerfs périphériques. Les données ont été saisies et analysées avec l'aide du logiciel Epi Info version 6.04 fr.



Eczématides

Résultats

Sur 1 729 enfants vus dans les deux villages, 71 TH ont été identifiées, soit une prévalence de 4,1 % (IC : 4,09-4,11). Les principales étiologies des TH étaient le pityriasis versicolor (PV) présent chez 39,4 % des enfants avec TH, suivi des eczématides 31 %, naevus achromique (NA) 24 % et le vitiligo 5,6 % (tableau 1). Aucun cas de lèpre n'a été dépisté. Des analyses complémentaires ont montré que les eczématides étaient plus souvent rencontrées chez les enfants plus jeunes (âge moyen = 4 ans, $P < 0,001$) tandis que le PV survenait chez les plus âgés (âge moyen = 10 ans, $P < 0,001$). Les localisations fréquemment observées étaient le visage pour le PV et les eczématides et le tronc pour le NA.

Discussion

En milieu d'endémie lépreuse, les affections se traduisant par des TH constituent les principaux diagnostics différentiels de la lèpre. Notre étude soulève plusieurs points essentiels ayant des conséquences pratiques sur le dépistage de la lèpre : la prévalence élevée des TH non lépreuses comparée à celle de la lèpre ; la validité du diagnostic clinique de la lèpre ; et le rôle des agents de santé (AS) des services généraux dans le dépistage de cette maladie. Dans la zone d'étude, la prévalence des TH trouvée chez les enfants était de 4,1 %, alors que les taux de prévalence et de détection des nouveaux cas de lèpre dans cette zone est actuellement inférieure à 1 cas pour 10 000⁵. Si l'on estime qu'approximativement 10 % des cas de lèpre surviennent chez les enfants de 0 à 15 ans et que ceux-ci représentent 50 % de la population, on



dermite séborrhéique (coll. I. Marchoux)

en déduit que la prévalence de la lèpre dans cette tranche d'âge est probablement proche de 0,2/10 000. En conséquence, lorsque l'on dépiste une TH chez un enfant, les chances que celle-ci soit due à la lèpre est approximativement de 1 cas sur 20 000 comparée aux autres causes. Les principales causes d'hypochromie retrouvées dans notre étude étaient le PV, les eczématides et le naevus achromique, affections connues à l'origine d'hypochromies chez les sujets à peau noire². Chacune de ces affections apparaît 500 fois plus fréquente que la lèpre chez les enfants. Néanmoins, la faible prévalence de la lèpre n'exclue en aucun cas la possibilité qu'un certain nombre de TH soit causé par cette maladie.

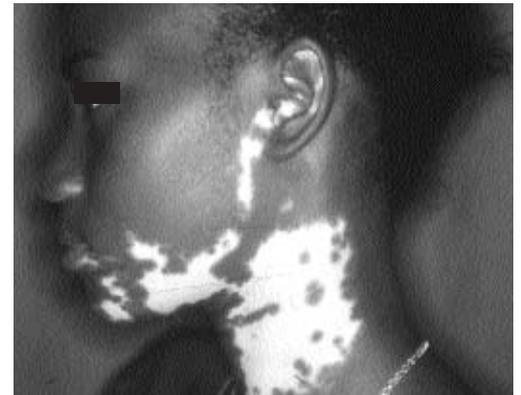
Du fait d'un faible niveau de compétence et de formation pratique des agents de santé, la validité du diagnostic de la lèpre a été souvent remise

en question. Selon certains auteurs, dans certaines régions, la proportion de « sur diagnostic » a été estimée à environ 30 % des nouveaux cas⁶. Une étude effectuée dans 12 Etats en Inde a montré un taux de faux diagnostics atteignant 25 % parmi les nouveaux paucibacillaires (PB) dans certains Etats⁷. Ces taux étaient significativement plus élevés chez les PB comparés aux multibacillaires (MB). Ainsi, lorsqu'une TH est faussement diagnostiquée comme lèpre, elle est plus souvent répertoriée comme lèpre PB. En pratique, le diagnostic de PV et de NA est généralement facile. Par contre, une eczématide peut être facilement prise pour une lèpre du fait d'une part de la forte ressemblance clinique avec la lèpre et d'autre part de sa prévalence élevée pouvant aller de 1 à 9 selon les études^{3, 4}. On pourrait se poser la question de savoir quelle serait la fréquence des TH qui auraient été faussement diagnostiquées lèpre si ces enfants avaient été vus par des agents de santé généraux ? Cependant, les erreurs diagnostiques peuvent être évitées lorsque les critères clés du dépistage sont appliqués avec rigueur et les procédures cliniques comme le test de sensibilité, la recherche d'hypertrophie nerveuse, sont réalisées avec habileté et attention^{1, 8}.

Notre travail apporte une contribution à l'état actuel des connaissances sur la prévalence des TH et leurs étiologies. En effet, **la formation des agents de santé impliqués dans le dépistage de**

la lèpre dans le but de différencier les vrais cas des autres affections hypochromiantes, **doit être une priorité** en particulier à l'heure actuelle où la nécessité d'intégrer les programmes de lutte anti-lépreuse dans les centres de santé périphérique devient de plus en plus pressante^{1, 9}.

Une des options serait de former ces agents de santé à éliminer les diagnostics différentiels grossiers de lèpre, référant ainsi tous les autres cas à un niveau supérieur là où un agent spécialisé pourrait faire le diagnostic de lèpre¹⁰.



Vitiligo (coll. I. Marchoux)

Tableau 1 : Prévalence et étiologie des taches hypochromiques chez les enfants de 0 à 15 ans en milieu rural au Mali

	Diagnostic	Nombre	Prévalence	IC95%
Taches	Avec TH	71	4,1	(4,0-4,11)
	Sans TH	1458	86	
	Total	1729	300	
Étiologies	Pityriasis versicolore (PV)	28	39,4	
	Basidiomycètes	22	31	
	Etiovia microscopica (EA)	17	24	
	Vitiligo (V)	4	5,6	
	Lèpre (L)	0	0	
	Total	71	300	

Références

1. Leiker D. L. « *Differential diagnosis of leprosy* ». In *Leprosy*. Hastings R. C. Ed « *Medicine in the Tropics series* » 1985. Churchill Livingstone 1985, p. 177-92.
2. Canizares O., Harman R. R. M. *Clinical Tropical Dermatology*, second ed. Blackwell Scientific Publications 1992, Oxford.
3. Mahé A., Prual A., Konaté M. and Bobin P. « Skin diseases of children in Mali: a public health problem ». *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1995 ; 89:467-70.
4. Bechelli L. M., Haddad N., Pimenta W. P. J. , Pagnano P. M. G., Melchior E., Fregnan R. C., Zanin L. C., Arenas A. « *Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus Valley* » (Acre State, Amazonia, Brazil). *Dermatologica* 1981 ; 163:78-93.
5. World Health Organization. *Leprosy elimination project: Report 2003* ; 39 pages. www.who.int/lep/
6. Baohong J. « Interview sur la situation actuelle de la lèpre dans le monde ». *Le bulletin de l'ALLF* 2002 ; n° 10 : 16-18.

7. World Health Organization. *6th Meeting of WHO Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy (TAG)*, Geneva, 9 and 10 February 2004.
8. Saunderson P., Groenen G. « *Which physical signs help most in the diagnosis of leprosy ? A proposal based on experience in the AMFES project* », *ALERT*, Ethiopia. *Lepr. Rev.* 2002 ; 71: 34-42.
9. Saunderson P. R., Ross W. F. « *Training for integration* ». *Lepr. Rev.* 2002 ; 73: 130-137.
10. Mahé A., Faye O., Thiam N'Diaye H., Ly F., Konaré H., Keita S., Traoré A. K., Hay R. « *Definition of an algorithm for the management of skin diseases at primary health care level in sub-Saharan Africa* ». *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 2005 ; 99:39-47.

Remerciements :

Nous tenons à remercier la Fondation Internationale de Dermatologie pour son appui financier à la réalisation du Projet Pilote de lutte contre les Maladies de Peau au Mali.

* Article publié dans *Leprosy Review* 2005, 76 : 144-146. Traduit de l'anglais en français par O. Faye



Lèpre forme indéterminée

Le Congrès Medicine and Health in the Tropics s'est tenu à Marseille du 11 au 15 septembre 2005, précédant les cérémonies du Centenaire de l'Ecole du Pharo qui se sont déroulées le 16 septembre.

En ce qui concerne les **mycobactérioses**, seule la tuberculose a été inscrite dans le sommaire du livre des résumés qui ne comporte ni la lèpre, ni l'ulcère de Buruli.

En fait, la **lèpre** a fait l'objet de **3 communications** au cours d'une session intitulée Multi-drugs resistant tuberculosis in the tropics (O-183, O-184, O-185) et l'**ulcère de Buruli** a fait l'objet de **7 posters**, 6 étant regroupés (P-198 à P-203) et 1 isolé (P- 525 bis).

Il y avait au total 725 posters. Ce fut donc un vrai « parcours du combattant » pour qui s'intéresse aux mycobactérioses, à l'exception de la tuberculose.

Je me limiterai dans mes commentaires à ce qui m'a intéressé en ce qui concerne la lèpre et l'ulcère de Buruli.

– La lèpre

Les 3 communications sur la lèpre avaient pour objet le traitement de la lèpre et la résistance de *M. leprae* à la dapsoné et à la rifampicine.

On sait qu'une **nouvelle molécule, une diarylquinoline, le R 207910**, inhibe potentiellement *in vitro* les *M. tuberculosis* sensibles et résistants¹. Cette molécule est **efficace sur *M. leprae*** (O-185, B. Ji et coll., Service de Microbiologie, Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière, Paris) et pourrait remplacer la minocycline dans les protocoles ROM (rifampicine, ofloxacine, minocycline) et PMM (rifampentine, moxifloxacine, minocycline).

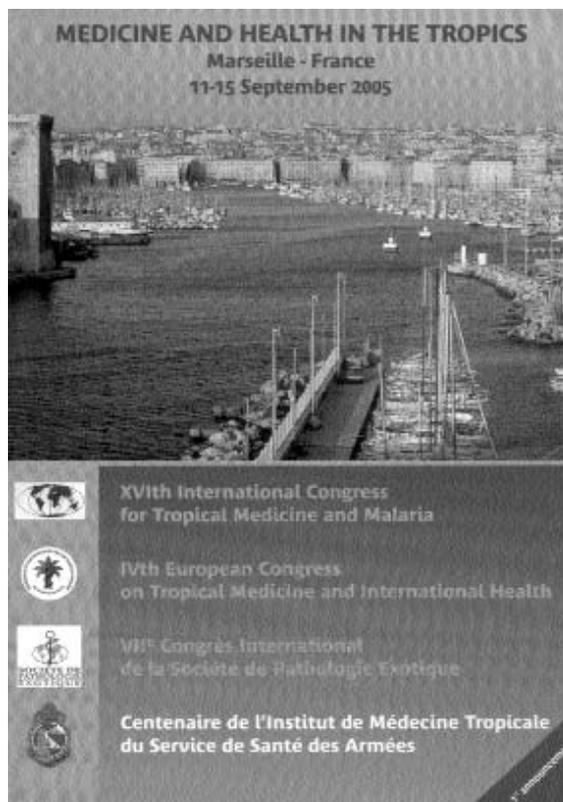
La résistance de *M. leprae* à la dapsoné est ancienne (1970). Son remplacement par un autre médicament anti-lépreux, par exemple une fluoroquinolone, est proposé quand la PCR de folP1 montre des mutations en position 53 ou 55 (O-184, B. Ji).

L'émergence d'une **résistance à la rifampicine (RMP)** serait une cause de graves difficultés dans le traitement de la lèpre. La technique d'analyse de séquence d'ADN amplifié par PCR représente la première méthode *in vitro* d'identification rapide de souches de *M. leprae* résistances à la RMP. C'est cette méthode qui a été utilisée à

l'Institut Pasteur de Madagascar avec la collaboration de l'Institut Pasteur de Paris (O-189, M.M. Vololoarinosinjatovo, Responsable du Programme National Lèpre au Ministère de la Santé Publique et coll.). Cette technique est pratiquée sur biopsies de peau. Les auteurs rappellent la haute prévalence de la lèpre à Madagascar qui est de 3.34/10 000, d'où l'intérêt de bien documenter la situation épidémiologique de la lèpre résistante à la RMP.

– L'ulcère de Buruli

Un poster sur l'**ulcère de Buruli (UB)** rappelle sa **réémergence en Afrique** en 1980 (P-201, A. Sow, Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université Cheik Anta Diop, Dakar). Le premier cas d'UB a été rapporté à Buruli en Ouganda en 1857. Depuis 1980, de très nombreux cas sont rapportés en Afrique subsaharienne. L'UB est actuellement un vrai problème de santé publique en particulier en Afrique de l'Ouest et l'auteur rappelle que le coût du traitement d'un malade atteint d'UB est plus élevé que le coût annuel d'un malade atteint de SIDA.



Les **traitements *in vitro* contre *M. ulcerans*** confirment l'efficacité de la rifampicine, de la streptomycine et de l'amikacine et suggèrent que la moxifloxacine et le R 207910 puissent être actifs sur *M. ulcerans*. (O-198, B. Ji). Les recommandations pour le traitement de l'UB édictées à la Réunion annuelle de l'OMS sur l'UB à Genève en mars 2005 sont précises en ce qui concerne l'antibiothérapie² et il est confirmé que le traitement associant rifampicine-amikacine est actif sous réserve d'une prise journalière pendant 3 mois. Cependant, un traitement court d'un à deux mois serait aussi actif. Le traitement des UB par rifampicine-amikacine pendant un mois, suivi par un traitement de relais par clarithromycine orale³ pendant 2 à 5 mois donne les mêmes résultats qu'un traitement long amikacine-rifampicine de 3 mois (P-199, V. Jarlier et coll., Service de

Microbiologie, Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière, Paris).

Il n'y a pas d'évidence d'un risque accru d'UB chez les **sujets porteurs d'une hémoglobinopathie S ou C**. Mais *M. ulcerans* pourrait s'implanter et se développer plus facilement au niveau de la trame osseuse chez les SS ou les SC (P-200, F. Nackers et coll., Université catholique de Louvain, Bruxelles). Cette étude a été menée au Bénin, où la prévalence de l'hémoglobino-
S et de l'ulcère de Buruli est élevée.

Trois posters (P-202, P-203, P-525 bis) traitent de **l'épidémiologie moléculaire de l'UB**. *M. ulcerans* est un germe

extracellulaire et il est difficile de mettre au point des tests sérologiques spécifiques dans les pays où le BCG est fait systématiquement à la naissance et où la prévalence de la tuberculose est élevée (P-202, D. Diaz et coll., Swiss Tropical Institute, Basel, et coll.). L'immunodépression joue le même rôle dans l'UB que dans la tuberculose (P-203, D. Yeboa-Manu et coll., Insitute for Medical Research, University of Gnana). La PCR, technique utilisant l'amplification d'une séquence d'ADN spécifique de *M. ulcerans* est plus pratique et plus rapide que la méthode bactériologique pour l'étude de la croissance bactérienne (P-

525 bis, S. Lefrancois et coll., Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière, Paris).

En résumé, ce Congrès international a fait peu de place aux mycobactérioses, à l'exception de la tuberculose, essentiellement dans le cadre de la co-infection VIH/tuberculose.

Références

1. *Bulletin de l'ALLF*, 2005, n° 17, p. 33.
2. *Bulletin de l'ALLF*, 2005, n° 17, p. 38-40.
3. *Bulletin de l'ALLF*, 2005, n° 18, p. 35.

**Professeur émérite à la Faculté de Médecine d'Antananarivo (Madagascar)*

ICONOGRAPHIE

Diagnostic différentiel de la lèpre



Maladie de Recklinghausen



Maladie de Kaposi VIH (coll. I. Marchoux)

■ QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

Pascal Niamba*

O. P., originaire d'un pays du Sahel, 36 ans, consulte pour des lésions papulo nodulaires disséminées sur l'ensemble du tégument. Ces lésions évoluent depuis 6 mois environ, dans un contexte d'altération progressive de l'état général et une rhinite chronique depuis 3 mois (photo ci-dessous).

Quel diagnostic évoquez-vous d'emblée ?

L'association de ces multiples lésions papulo nodulaires et d'une rhinite chronique, chez une malade vivant dans un pays d'endémie lépreuse, fait d'emblée penser à une lèpre lépromateuse. Mais un examen dermatologique plus attentif et surtout la négativité des frottis cutanés pour la recherche de BAAR (indice bactériologique = 0) permettent d'éliminer ce diagnostic.

Par contre, la recherche positive de corps de Leishman et l'examen histopathologique ont permis de poser le diagnostic de leishmaniose cutanée. Enfin la sérologie VIH s'est révélée positive et les autres éléments des bilans clinique et biologique ont permis de poser chez cette patiente le diagnostic de SIDA.

On est donc en présence d'une leishmaniose cutanée pseudo lépromateuse chez une malade infectée par le VIH. L'évolution sous glucantime a été spectaculaire avec à J 30 une nette amélioration clinique, un amendement de la rhinite et une quasi disparition des lésions papuleuses infiltrées. Par



Photo P. Niamba

ailleurs un traitement anti-rétroviral a été institué.

Commentaires

La co-infection leishmaniose tégumentaire-infection VIH est de plus en plus souvent rapportée, du fait de l'existence en Afrique de ces 2 infections. Le polymorphisme clinique des lésions de leishmaniose chez les patients infectés

par le VIH a également été observé. La présentation clinique la plus rencontrée reste la forme cutanée diffuse ou disséminée.

Notre patiente présentait une forme particulièrement illustrative de forme pseudo-lépromateuse avec en particulier atteinte du visage évoquant le faciès léonin de la lèpre lépromateuse. Cette particularité clinique peut donc être source de difficultés tant clinique que thérapeutique.

Au cours de l'infection à VIH, la leishmaniose peut prendre des aspects variés : formes clinique classiques, formes papuleuses en nappes diffuses ou disséminées, formes ulcérées ou encore formes lépromateuses. Le traitement permet d'obtenir des rémissions. Toutefois plusieurs cures restent nécessaires.

*Référence :

« Leishmaniose pseudo-lépromateuse chez une patiente infectée par le VIH ». P. Niamba, A. Traoré, O. Goumbri-Lompo, F. Traoré-Barro, M. Bonkougou, L. Ilboudo et A. Gaulier
Ann. Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 2S37.
(Communication orale au Congrès de l'Association des Dermatologues Francophones, Aoste, Italie, juin 2005).

ICONOGRAPHIE

Lésions infiltrées du visage



Leishmaniose érysipéloïde



Lèpre lépromateuse (faciès léonin)

■ LÈPRE FAMILIALE EN ARGENTINE

Une observation de 2 cas dans la même fratrie

Silvia Paredes*

Le Programme de Dermatologie Sanitaire de la province de Santa Fe (Argentine) a comme stratégie fondamentale le contrôle des sujets contacts intra-domiciliaires, lorsqu'on découvre un cas de lèpre multibacillaire (MB), et la recherche du cas index en présence d'un cas de lèpre paucibacillaire (PB), étant donné que les sujets contacts domiciliaires de malades atteints de lèpre représentent un plus grand risque de contamination.

On présente ici les observations de deux malades de lèpre de la même fratrie.

Le premier cas est un jeune homme de 23 ans, étudiant, de Santa Fe, qui consulte pour une macule érythémateuse de 2 x 3 cm, située dans la région malléolaire interne du pied droit, évoluant depuis un an (photos 1 et 2).



photo 1



photo 2

A l'annonce de son nom de famille, on identifie immédiatement le « cas index », son père, qui n'avait pas précédemment complété le traitement d'une lèpre MB et qui cachant son diagnostic à sa famille n'avait donc pas amené celle-ci pour un examen systématique.

Examens complémentaires :

L'examen histo-pathologique** sur biopsie de peau montre des infiltrats lympho-histiocytaires superficiels avec des espaces lichénoïdes focaux et très peu d'infiltrats périvasculaires et des BAAR après coloration de Ziehl.

Le diagnostic histopathologique est en faveur d'une **lèpre Borderline lépromateuse**.

La bacilloscopie est positive (+) sur tous les frottis pratiqués (sucs dermiques).

Le test de Semmes-Weistein (avec monofilaments) objective une hyposésthésie.

Le bilan standard est normal par ailleurs.

Le traitement a été la PCT OMS/MB de 12 doses.

Le deuxième cas est sa sœur, âgée de 30 ans, institutrice, qui consulte, après le diagnostic de son frère, car elle présente une macule érythémato-violacée de 2 x 2 cm, circonscrite, à bordure surélevée, micro-papuleuse, bien délimitée, au niveau de la partie supérieure du pied gauche (photos 4 et 5).



photo 4



photo 5

La biopsie cutanée objective des infiltrats lympho-histiocytaires périvasculaires et périannexiels, qui forment des granulomes avec présence de cellules épithélioïdes et géantes multinucléées. Il s'agit donc d'une dermatite granulomateuse compatible avec une **lèpre tuberculoïde****.

La bacilloscopie est négative. Le test de Semmes-Weistein objective un trouble de la sensibilité. Le bilan standard est sans particularités.

Le traitement a été celui d'une lèpre PB (schéma OMS 6 doses).

L'intérêt de ces 2 observations est double : elles montrent **l'importance du contrôle des contacts domiciliaires** et elles objectivent les **limites de la classification de l'OMS purement clinique** (comptage des lésions), étant donné que les deux patients n'ont présenté qu'une seule lésion et qu'en se basant sur la classification clinique ils auraient été classés tous les 2 PB, alors que l'un d'entre eux se révèle, en fait, être MB.

Ce fait constitue un défi diagnostique et thérapeutique, qui permet de rappeler l'utilité de toutes les méthodes diagnostiques, comme la bacilloscopie, la biopsie, le test sensitivo-moteur et pas seulement l'impression clinique, pour arriver au diagnostic correct pour le contrôle et la guérison de la maladie.

**Dermatologue, léprologue, Chef du Programme de Dermatologie Sanitaire et Contrôle de la lèpre de la province de Santa Fe, Argentine*

***Anatomopathologiste : Dr Adriana Albertengo*

AVANTAGES D'UN DÉPISTAGE DIFFÉRÉ CHEZ LES SUJETS CONTACTS INTRA DOMICILIAIRES DE MALADES ATTEINTS DE LÈPRE Résumé d'une étude réalisée à Mayotte, Océan Indien*

G.-Y. de Carsalade**, A. Achirafi**, J. Saget** et P. Bobin

A Mayotte, île française de l'Océan Indien, nous avons détecté, entre 1997 et 2003, 322 nouveaux cas de lèpre, se répartissant entre 140 autochtones (nés ou vivant depuis plus de 10 ans à Mayotte) et 182 non autochtones (originaires des autres îles). Les 140 patients autochtones se répartissent dans 91 familles parmi lesquelles nous en avons retrouvé 88.

Pendant cette même période (1997-2003), parmi les 140 cas autochtones détectés, 37 cas (22 PB et 15 MB) étaient « secondaires » c'est-à-dire détectés secondairement dans une famille où il y avait eu préalablement un cas (MB dans 33 cas, soit 89 %), défini ici comme « cas index ». Ces cas secondaires se répartissent ainsi : 15 cas détectés de façon active par l'équipe lèpre, 10 cas détectés par le « cas index », 4 lors des tournées et 8 par d'autres personnels de santé.

A l'issue de cette étude, nous pouvons apporter la conclusion suivante : les avantages de différer l'enquête domiciliaire et d'inciter fortement le « cas index » à dépister, nous semblent multiples. D'abord on diminue ainsi le risque d'exclusion du patient par sa famille. Ensuite on évite d'altérer la relation patient/soignant, on implique activement le cas index dans le dépistage, celui-ci se sentant valorisé en transformant son image de contaminateur potentiel en découvreur de cas secondaire. Enfin on peut parler plus librement et complètement de la maladie de Hansen, de son mode de contamination, d'incubation, des différents signes de la maladie, à l'occasion du dépistage tardif, car les contacts domiciliaires sont d'autant plus motivés qu'ils ont pu se rendre compte eux-mêmes de l'efficacité du traitement sur le cas index.

Notre étude montre, par ailleurs, que le risque théorique de favoriser la contamination en organisant un dépistage tardif est négligeable et que les cas secondaires ne semblent pas avoir à pâtir de cette organisation. Cette étude montre aussi que, quelques soient l'information faite aux patients et le nombre de cas secondaires qu'ils dépistent, on ne peut se passer d'une enquête domiciliaire.

La date d'organisation de cette enquête différée et sa fréquence nous semblent difficiles à proposer au regard des résultats de notre étude, mais nous proposerions volontiers, au vu de nos résultats et de la littérature : à la fin du traitement anti-bacillaire et probablement à répéter 3 ans plus tard, si un cas secondaire a été trouvé.

* L'article complet sera publié dans le prochain numéro du Bull. de l'ALLF en juin 2006

** Dispensaire de Mamoudzou – DASS de Mayotte

INFO ILEP

VERSION ÉLECTRONIQUE DES PUBLICATIONS DE L'ILEP



L'ILEP a mis sur CD ses publications, dans toutes les langues dans lesquelles elles sont disponibles. Ces fichiers électroniques sont d'une qualité suffisante pour être lus sur un écran d'ordinateur ou imprimés sur une imprimante de bureau. L'ILEP possède également des fichiers de meilleure qualité (plus haute résolution) qui peuvent être utilisés par des imprimeurs professionnels pour produire des livres. Comme ces fichiers sont plus grands, un seul livre tient sur un CD.

L'ILEP encourage l'impression de livres au niveau local car cela coûte moins cher (les frais d'expédition dépassant souvent les frais d'impression).

Pour toute commande ou de plus amples informations, contacter : Susan Lord, Ph.D, coordinatrice technique ILEP, à l'adresse suivante :

ilep@ilep.org.uk

ULCÈRE DE BURULI

■ PRÉSENTATION DE 2 PATIENTS, ATTEINTS D'ULCÈRE DE BURULI AVEC ATTEINTES OSSEUSES, TRAITÉS PAR ASSOCIATION DE STREPTOMYCINE ET RIFAMPICINE

Annick Chauty¹, Ambroise Adeye², Gian Baptisto Priuli³, Christian Johnson⁴, Marie-Françoise Ardant⁵

1^{er} patient

B..., âgé de 9 ans et originaire de Dangbo (vallée de l'Ouémé), vient en consultation au Centre de dépistage et de traitement de l'ulcère de Buruli (CDTUB) Raoul et Madeleine Follereau de Pobè (Bénin), le 25 Avril 2005, amené par son père car il ne peut plus marcher depuis 6 jours.

Le père explique qu'une lésion cutanée en plaque était apparue, il y a un an, au mollet gauche, puis s'était ulcérée et aurait guéri avec des soins administrés au village. Puis, en janvier dernier, un œdème de la jambe était apparu, suivi d'une ulcération au genou et à la cheville. L'enfant a subi des traitements traditionnels, mais devant l'aggravation de l'état général, le père s'est décidé à nous l'amener.

A l'examen de cet enfant, anémié et fébrile (39°), assis dans le fauteuil roulant et ne pouvant se tenir debout, on note deux ulcérations :

– l'une au genou gauche, qui est augmenté de volume. L'ulcération est ovale et mesure 7 cm sur 4 cm, ses bords sont nettement décollés, le fond de la lésion est partiellement blanc et rouge. Le genou est chaud et bloqué en flexion à 135° (photo 1).

– l'autre en regard du tendon d'Achille gauche. L'ulcération mesure environ 12 cm sur 7 cm et déborde sur les faces

latérales de la cheville, ses bords étant bien décollés, le fond légèrement bourgeonnant, rose, recouvert de sérosités, laissant voir le tendon d'Achille. Du tissu blanc

nécrotique est visible. La cheville est augmentée de volume et sa flexion sur la jambe est bloquée à 135° (photo 2).



photo 2

Des adénopathies inguinales douloureuses sont présentes à gauche. On ne note pas de cicatrice de BCG.

La numération formule sanguine confirme l'anémie cliniquement visible (8 g/l d'hémoglobine), les polynucléaires sont élevés (18 200 GB/mm³), avec 86 % de polynucléaires. L'électrophorèse de l'hémoglobine est AA. La sérologie HIV est négative, la fonction rénale est normale, l'audition également.

Malgré la négativité des premiers prélèvements (colorés au Ziehl) au niveau des ulcérations, le diagnostic d'ulcère de Buruli est cliniquement évident et nous instituons un traitement par Streptomycine 360 mg et Rifampicine 300 mg le 25-04-05.

La surinfection semblant évidente, nous associons cloxacilline per os 1,5 g/j et soins locaux. La prévention du tétanos est assurée par un sérum antitétanique et un vaccin antitétanique.

Un traitement anti-paludéen est institué et l'enfant est mis sous fer, foldine, multivitamines et est déparasité par une dose d'albendazol.

Il est immobilisé au lit et reçoit chaque jour une bouillie de soja et un repas

bien équilibré servi le midi et le soir. Les radiographies osseuses montrent :
– sur le tibia : une géode à l'extrémité inférieure du tibia (photo n° 3) ;



photo 3

– au genou : un élargissement de l'espace articulaire confirmant un épanchement et un foyer sur la rotule (photo n° 4) ;



photo 4

– au pied gauche : une géode sur le 5^{ème} métatarse (photo n° 5).



photo 5



photo 1

Devant la fièvre persistante et l'augmentation de la collection du genou, une ponction articulaire du genou est réalisée à J 18. Elle ramène un pus abondant sur lequel une coloration de Ziehl est réalisée qui montre 2 BAAR, soit un résultat plus ou moins positif. La fièvre chute puis reprend progressivement alors que la collection se reproduit.

– J 25, l'ulcération du genou est excisée, l'articulation est ouverte et curetée ramenant de nombreux débris.

– J 37, une excision complémentaire des lésions cutanées du genou et du mollet est réalisée, le genou est de nouveau lavé, afin d'évacuer la collection.

– J 44, greffe cutanée sur la lésion du mollet.

– J 51, nouvelle ponction lavage du genou ; la Rocéphine (1 g/j en IVD) est rajoutée au traitement.

– J 58, greffe sur la lésion du genou, après nouvelle ponction lavage. La greffe prend bien, mais la fièvre reste autour de 38°.

Nous décidons de prolonger de 30 jours supplémentaires l'association Streptomycine/Rifampicine ; il n'y a pas de trouble vestibulaire, l'audition est bonne (un audiogramme le confirme), ainsi que la fonction rénale, évaluée par un dosage de la créatinine.

Le 29-07-05, 5 jours après arrêt de l'association streptomycine/Rifampicine, un orthopédiste, le Dr Gian Baptisto Priuli, pratique avec le Dr Ambroise Adeye, l'ouverture du genou. Une injection de streptomycine sera réalisée avant l'intervention.

Ils abordent le genou par une incision antéro-latérale et accèdent à une cavité remplie de caséum qui communique avec le récessus supérieur du genou. La rotule apparaît, dévitalisée et recouverte de granulations et de fibrine. Elle est facilement luxée par la rugine. Il s'en suit un curetage des granulations de la cavité résiduelle, ainsi que la pose d'un drain dans l'articulation, après plusieurs rinçages à l'eau oxygénée. Un méchage au sucre est réalisé. La plaie est partiellement suturée. De la rotule, il ne restera que la coque d'insertion du ligament ainsi que la partie proximale de l'os. Après un lavage à

l'eau oxygénée, la plaie est méchée pendant plusieurs semaines. La température se normalise rapidement.

A l'heure actuelle, l'enfant est retourné dans son village, il marche avec une



photo 6

jambe raide ayant perdu les mouvements du genou (photo 6). La géode existante à l'extrémité inférieure du tibia se résorbe. Aucun autre foyer n'est apparu.

Plus tard, arrivent les résultats des prélèvements : plusieurs PCR effectuées sur les biopsies d'os sont toutes positives à *M. ulcerans*.

L'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée confirme l'aspect compatible avec un ulcère de Buruli.

Au total :

Il s'agit bien d'un enfant atteint d'ulcère de Buruli au genou, mollet gauche et cheville gauche, avec 3 localisations osseuses : une au tibia, une au 5^{ème} métatarse et une autre à la rotule, ce qui entraînera une ostéo-arthrite du genou gauche.

L'association Streptomycine/Rifampicine a été administrée pendant 90 jours, sous la surveillance de la fonction rénale et vestibulo-auditive.

Les lésions ont été stabilisées. Il n'y a pas eu de nouvelles localisations. Les géodes du 5^{ème} métatarse gauche et du tibia sont en voie de comblement. Nous les surveillons afin d'évacuer un éventuel séquestre qui se formerait. La rotule atteinte a formé un séquestre qu'il a fallu évacuer, ce qui a asséché la collection articulaire. La jambe a été conservée, bien que la fonction du genou ait été altérée.

2^e patient :

T..., petite fille de 7 ans, est amenée par son père au CDTUB le 20-05-05. Ils viennent du village d'Aho-Yeye, sur le Plateau.

Le père explique qu'elle a fait une chute de vélo vers décembre 2004. Celle-ci serait la cause de la plaie qu'elle présente à la face externe de la jambe gauche et où on peut voir un morceau de péroné. Elle ne marche plus.

A l'examen, l'enfant est cachectique, mais vive. Sa température est normale (36° 8) et son poids est de 8,5 kg.

On note :

– une vaste ulcération de la face externe de la jambe gauche au fond de laquelle apparaît un morceau de péroné (photo n° 7).



photo 7

– 2 fistules aux faces externes et internes du tiers inférieur de la cuisse droite (ces lésions seraient antérieures au traumatisme) (photo n° 8).



photo 8

– une cicatrice sur un ganglion inguinal droit.

Par ailleurs, elle présente une fente labiale congénitale, n'a pas de cicatrice de BCG et n'a pas d'antécédent de drépanocytose. Le reste de l'examen est normal. La radiographie pulmonaire est normale. La radiographie de la cuisse droite montre une géode de l'extrémité inférieure du fémur, centrée par un séquestre. L'os est décalcifié (photo n° 9). La radio de la jambe gauche montre une fracture du péroné (fibula) et une réaction périostée (photo 10).



photo 9



photo 10

Un prélèvement coloré au Ziehl, fait au niveau de la jambe gauche, est négatif et l'écouvillonnage de la fistule montre 2 BAAR ; nous classerons donc ce prélèvement comme plus ou moins positif. La radio pulmonaire nous permet d'éliminer une tuberculose pulmonaire. La numération formule sanguine montre une anémie à 7 g/l, et une polynucléose à 10.920 globules blancs, dont 51 % de polynucléaires neutrophiles. La créatinine est normale, ainsi que la fonction auditive et vestibulaire qui sera contrôlée par audiogramme réalisé à différentes périodes du traitement. La sérologie VIH est négative. L'enfant est hospitalisée afin d'immobiliser les membres et suivre un traitement de streptomycine/rifampicine. Elle est traitée par Streptomycine 250 mg / j (injectable) et Rifampicine 75 mg / j (per os). Elle est déparasitée par Albendazol, mise sous fer, foldine, multivitamines et reçoit chaque jour un grand bol de soja mélangé à du lait et un repas riche en protéines.

A J 46, un curetage biopsique du fémur est fait, ainsi qu'un prélèvement de la cuisse coloré au Ziehl révèle BAAR 2+ et celui de la jambe est plus ou moins positif. Avec ce traitement, l'état général s'améliore, les fistules de la cuisse se tarissent et la lésion cutanée se déterge. A J 66, profitant du passage d'un orthopédiste, le Dr Gian Baptisto Priuli, l'exérèse du séquestre osseux de la cuisse est décidée par le Dr Ambroise Adeye. Cette exérèse est délicate sur un os si fragi-

lisé. Elle est abordée par voie médiane au niveau du foyer d'ostéomyélite chronique fémoral. Après une ostéotomie d'accès à la cavité osseuse, un curetage délicat ramène le séquestre et des tissus nécrotiques qui sont envoyés à un service de bactériologie. Un drain tubulaire est posé dans la cavité osseuse, après lavage à l'eau oxygénée. Les sutures sont faites plan par plan et une lame de gant est laissée. La lame de gant est enlevée après 4 jours et le drain tubulaire est adapté à un système non aspiratif.

Le péroné (fibula) est sectionné sur 12 cm et l'ulcère est excisé. Un lavage à l'eau oxygénée est suivi de pansements au sucre. La Streptomycine et la Rifampicine sont arrêtés à J 90, après contrôle de la fonction rénale par le dosage de la créatinine qui reste normale ; les transaminases hépatiques restent normales et les fonctions cochléo-vestibulaires ne se sont pas altérées, ni à l'examen clinique, ni à l'audiogramme. Les prélèvements sont envoyés à l'extérieur du Bénin pour avoir une confirmation diagnostique rapide. Ils montrent un Ziehl positif et une PCR positive pour *M. ulcerans* à la jambe gauche et un Ziehl négatif et une PCR positive pour *M. ulcerans* au niveau de la cuisse. Aucun de ces prélèvements ne poussera en culture. Les suites opératoires sont excellentes.

A la fin des pansements, l'enfant est plâtrée et retourne chez elle où elle est suivie de façon ambulatoire. Actuellement, elle reprend la marche doucement, elle pèse 11 kg et n'a présenté aucune autre localisation.

Au total

Cette enfant présente une ostéomyélite à *M. ulcerans* sur le fémur droit, peut-être à partir d'une petite lésion initiale puisqu'il y a une petite cicatrice de 2 cm sur cette cuisse dans la région inguinale.

Elle aurait eu un accident de moto, ce qui aurait occasionné la plaie et la fracture du péroné.

Une surinfection par *M. ulcerans* de cette fracture aurait entraîné son infection secondaire ?

L'histoire est difficile à affirmer dans son contexte.

Mais une chose est sûre, c'est que le traitement de l'enfant par Streptomycine/Rifampicine a permis un assèchement des fistules, un arrêt de l'évolution du foyer du péroné et une grande amélioration de l'état général de l'enfant. Jusqu'à ce jour, aucun nouveau foyer n'est apparu.

En conclusion de ces 2 observations, on peut dire que l'association de Streptomycine et de Rifampicine semble bien active sur les lésions osseuses, car dans ces deux cas, on voit très nettement l'état général du malade s'améliorer, les lésions se stabiliser. Il n'y a pas eu dans ces deux cas de nouvelles lésions.

Nous avons fait un traitement de Streptomycine/Rifampicine pendant 90 jours, tout en surveillant les transaminases, la fonction rénale et les fonctions cochléo-vestibulaires. Ces patients n'ont présenté aucune complication.

Bien sûr, nous souhaiterions pouvoir disposer d'antibiotiques moins toxiques. Nous espérons que les recherches en cours nous permettront de disposer d'autres antibiotiques efficaces sur *M. ulcerans*.

Mais les observations de ces patients qui n'ont pas eu les curetages itératifs ou les récurrences multiples que nous avons pu voir ailleurs et, bien qu'ils nécessitent encore une stricte surveillance, nous font espérer la possibilité d'améliorer la prise en charge des formes osseuses par une antibiothérapie adaptée préalable.

1. Médecin chef-CDTUB, Pobè Bénin.
2. Chirurgien – CDTUB, Pobè Bénin.
3. Chirurgien de l'Hôpital St Jean de Dieu de Tanguéta Bénin.
4. Médecin coordonnateur du Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli-Bénin.
5. Médecin, bénévole CDTUB, Pobè Bénin.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE PRÉLIMINAIRE SUR L'ULCÈRE DE BURULI EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

A. Kibadi Kapay^{1,3}, J. Singa Nyota¹, H. Wembanyama² et F. Portaels³

L'ulcère de Buruli (UB), infection à *Mycobacterium ulcerans*, sévissait en République Démocratique du Congo bien avant 1950¹⁸. Environ plus de 500 cas ont été rapportés avant 1980^{6, 12, 14}.

Après un « vide » épidémiologique d'environ 20 ans, de nouveaux cas sont de plus en plus souvent rapportés⁸⁻¹². Ainsi trois grandes périodes dans l'histoire de l'UB sont décrites en RD du Congo.

- avant 1960 : Van Oye et Ballion¹⁸, Houssiau F. et Soleil G.⁵
- entre 1960 et 2000 : Janssens et al.⁶, Meyers et al.^{13,14}, Portaels¹⁵
- après 2000 : Kibadi et al.⁸⁻¹²

En RD du Congo, quelle est la prévalence de l'UB, son incidence, son taux de morbidité ? Les principaux foyers sont-ils encore actifs ? Toutes ces questions demeurent encore sans réponse en dépit de différentes publications récentes⁸⁻¹².

Pour documenter la question et définir une stratégie de lutte, le Programme National de Lutte contre l'ulcère de Buruli (Ministère de la Santé) s'est proposé dans un premier temps de procéder à une analyse rapide de l'UB dans les 11 provinces de la RD du Congo à travers les 20 coordinations provinciales Lèpre-Tuberculose existantes.

L'objectif de cette enquête a été de définir la prévalence des cas d'UB et les principaux foyers en RD du Congo.

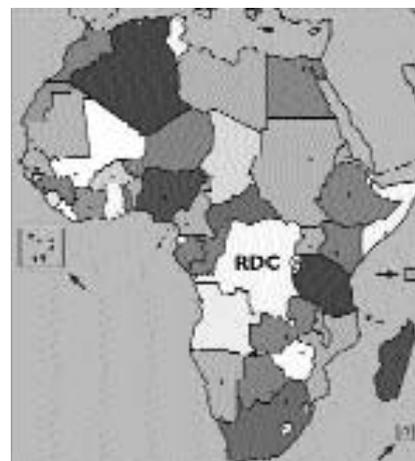


Fig. 1 : Carte d'Afrique visualisant la RD Congo

Méthodologie

La RD du Congo est au cœur de l'Afrique (fig. 1). La population (2002) est de 55.815.242 habitants, dont 48 % est âgée de moins de 14 ans avec un taux d'accroissement de la population (2001) de 3.4 %.

Au niveau national (2002) : la fréquence de malnutrition sévère est de 10.6 %, le rang de l'incidence de développement humain (PNUD, 2001) sur 162 pays est de 142, l'accès à l'eau potable de 46.7 %. C'est dans ce pays vaste comme un sous-continent aux nombreuses difficultés sanitaires, sociales et économiques qu'a eu lieu d'avril à août 2004, la première enquête nationale d'ulcère de Buruli.

Nous avons procédé de la manière suivante :

– **Information et formation** des médecins coordinateurs provinciaux lèpre-tuberculose, en septembre 2003 et mars 2004 au Centre Theresanium (Kinshasa).

– **Activités menées au cours de l'enquête** qui a eu lieu d'avril à août 2004 : formation des enquêteurs, collecte des données, prélèvement des échantillons.

– **Interprétation et résultats** présentés au 1^{er} congrès national d'UB de la

RD du Congo (Kinshasa, 27-29 septembre 2004) et à la 8^e réunion annuelle de l'OMS sur l'ulcère de Buruli (Genève, 8-11 mars 2005).

Résultats

Nous avons répertorié 487 cas d'UB probables. La prévalence réelle n'a pas

été définie. Nous avons catégorisé trois types de foyers d'UB en RD du Congo :

- foyers à forte endémicité,
- foyers endémiques,
- foyers endémiques moins probables.

1. Foyers à forte endémicité

Provinces	Cas rapportés	Cas confirmés
Bas-Congo (ex Bas-Zaïre)	110	10
Bordombouk	7	7
Kinshasa	2	8
Moyenne (ex-Kivu)	46	4

2. Foyers endémiques

Provinces	Cas rapportés	Cas confirmés
Orientale (ex Haut-Zaïre)	149	-
Katanga (ex Hauts)	60	1
Bas-Zaïre	40	-
Sud-Kivu (ex Kivu)	12	4

3. Foyers endémiques moins probables

Provinces	Cas rapportés	Cas confirmés
Nord-Kivu (ex Kivu)	36	-
Kant. Occ.	12	-
Kant. Or.	16	-

Discussion

Les caractéristiques générales des sujets atteints sont les mêmes que celles rapportées dans les enquêtes nationales du Ghana¹, de la Côte-d'Ivoire⁷, du Cameroun¹⁷, c'est-à-dire, une prédominance de sujets jeunes, de lésions localisées aux membres inférieurs et de formes ulcérées, chez des sujets issus de populations rurales, pauvres, aux conditions sanitaires, sociales et économiques défavorisées.

1. Les différents foyers d'ulcère de Buruli

L'UB est encore endémique en RD du Congo⁹. Les anciens foyers rapportés par Meyers *et al.* en 1974¹⁴ seraient toujours actifs.

Une forte endémicité d'UB a été rencontrée dans les provinces suivantes :

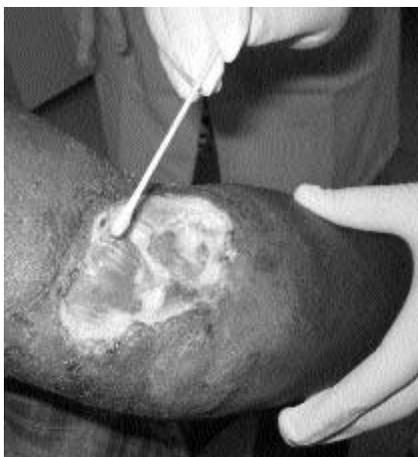
- Bas-Congo où les cas ont été rapportés par Anderson², Meyers¹⁴, Portaels¹⁶, Kibadi^{9,10} ;

- Bandundu : Meyers *et al.*¹⁴, Hennebert⁴, Kibadi¹² ;

- Maniema : Janssens⁶, Gatti³ ;

- Kinshasa : où des cas d'UB ont été rapportés par Hennebert⁴, Kibadi¹², mais aucune preuve qu'ils aient pu être contaminés dans la capitale (Kinshasa) n'a été rapportée. Ces patients sont venus de l'intérieur pour des soins médicaux : Province de Maniema³, actuellement du Bas-Congo¹², Province de Bandundu^{4,12}.

L'UB serait endémique dans les pro-



Cas typique d'ulcère de Buruli
(photo Dr Kibadi)

vinces Orientales, Katanga, Equateur, Sud-Kivu, comme dans le passé^{3,5,6,13}. Mais la situation de guerre qu'a connue la partie Est du pays n'a pas permis de mener des enquêtes approfondies dans ces provinces.

Mais, jusqu'à ce jour, aucun cas d'UB confirmé bactériologiquement n'a pu être rapporté dans les provinces de Kasai Oriental, Kasai Occidental et Nord-Kivu. L'UB serait donc considéré, pour le moment, dans ces provinces, comme moins endémique.

2. Confirmation de cas

- Nombre de cas suspects d'UB rapportés : 487.

- Nombre de cas confirmés : 34.

- Nombre de résultats positifs à l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers : 20 cas sur 101 soit 20 %.

3. Difficultés rencontrées

- Difficultés d'identifier les infirmiers hospitaliers et les institutions médicales (l'UB n'est pas une maladie à déclaration obligatoire en RD du Congo).

- Moyens de déplacement pour l'enquête très limités.

- Calendriers planifiés de la Coordination Provinciale Lèpre-tuberculose.

- Difficultés de confirmation des cas.

- Sous information de la population et du personnel médical sur la maladie et ses origines.

4. Faiblesses de cette enquête réalisée en RD du Congo

- Amalgame d'enquête (active, passive, documentaire, descriptive...).

- Pas de confirmation dans certains foyers, selon les recommandations de l'OMS.

Conclusion

Une enquête nationale sur l'UB a eu lieu en RD du Congo, en 2004. La prévalence de l'UB reste encore à définir. L'UB est encore endémique en RD du Congo. L'examen direct des prélèvements, au niveau des ulcérations, avec coloration de Ziehl-Neelsen, reste le



Cas typique d'ulcère de Buruli
(photo Dr Kibadi)

moyen d'investigation diagnostique de premier niveau. Les anciens foyers décrits par Meyers *et al.* en 1974¹⁴ seraient encore actifs.

Références

1. AMOFAH G. K., BONSU F., TETTEH C., OKRA J., ASAMOA K., ASIEDU K., ADDY J. « Buruli ulcer in Ghana: results of a national case research. » *Emerg. Infect. Dis.* 2002 ; **8** : 167-70.
2. ANDERSON F. O. « Mycobacterial skin ulcers-clinical experience. » *Centr. Afr. J. Med.* 1965 ; **11** : 131-5.
3. GATTI F., ACCIGIARO G., ROSSET C., VANDEPITTE J. « Contributo allo studio delle ulcere necrotiche da micobatteri. » *Gior. Hal. Di. Dermatol.* 1965 ; **106** : 263-70.
4. HENNEBERT P., GATTI F., VANDEPITTE J. E., PATTYN S. « Deux cas d'ulcère nécrotique à BAAR observés à Léopoldville. » *Ann. Soc. Belge Med. Trop.* 1962 ; **42** : 549-54.
5. HOUSIAN F., DU SOLEIL G. « Des plaies infectées chez les noirs aux mines de kilo. Du phagedénisme vrai et faux. » *Ann. Soc. Belge Med. Trop.* 1935 ; **15** : 85-98.
6. JANSSENS P. G., QUERTINMONT M. J., SIENIAWSKI J., GATTI P. « Necrotic tropical ulcer and mycobacterial causative agents. » *Trop. Geogr. Med.* 1959 ; **11** : 293-312.
7. KANGA J. M., KACOU E. D. « Aspects épidémiologiques de l'ulcère de Buruli en Côte-d'Ivoire : Résultats d'une enquête nationale. » *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2001 ; **94** : 46-51.
8. KIBADI K., TSAKALA T. M., MPUTUYAMBA J. B., MUYEMBE T., KASHONGWE M., IMPOSSO B. « Essai thérapeutique de l'association Chloramine-Metronidazole-Nitrofurandoïne dans le traitement local de l'ulcère de Buruli surinfecté. » *Med. d'Afr. Noire* 2002 ; **49** (5) : 239-43.
9. KIBADI K., TSAKALA T. M., MPUTUYAMBA J. B., MUYEMBE T., KASHONGWE M., N'SIALA A. « L'ulcère de Buruli chez les réfugiés angolais des sites de Kimpese, (RD Congo). » *Cahier Santé* 2003 ; **97** : 56-61.



Photo des participants (médecins coordinateurs provinciaux Lèpre – Tuberculose, médecins inspecteurs de provinces, directeurs des programmes nationaux, experts nationaux et internationaux de l’OMS, invités) de l’Atelier national sur le document de politique et stratégie de lutte contre l’UB en RD. Congo du 27 au 29 septembre 2004

10. KIBADI K. « Enquête connaissances – attitudes – pratiques (CAP) de la population de Songololo (RD Congo) sur l’ulcère de Buruli. » Bull. Soc. Pathol. Exot. 2004 ; **97** : 56-61.

11. KIBADI K., MPUYU-YAMBA J. B., MUYEMBE T., BONGA G., N’SIALA A. « Apport de l’autogreffe cutanée à l’air-libre dans le traitement de l’ulcère de Buruli. » Bull. Soc. Pathol. Exot. 2005 ; **98** : 21-5.

12. KIBADI K. « Ulcère de Buruli. Apport de la chirurgie en milieu rural. » Mémoire de spécialisation en chirurgie. Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, 2002, p. 92.

13. MEYERS W. M., SHELLY W. M., CONNOR D. H. « Heat treatment of *Mycobacterium ulcerans* infections without surgical excision. » Ann. J. Trop. Med. Hyg. 1974 ; **23** : 924-9.

14. MEYERS W. M., CONNOR D. H., CULLOUGH B. M. C., BOURLAND J., MORIS R., PROOS L. « Distribution of *Mycobacterium ulcerans* infection in Zaire, including the report of new foci. » Ann. Soc. Belge Med. Trop. 1974 ; **54** : 147-57.

15. N’GUESSAN K. « Intérêt et limites de la microscopie des exsudats au cours de l’infection cutanée à *Mycobacterium ulcerans* en Côte-d’Ivoire. » Bull. Soc. Pathol. Exot. 2001 ; **94** (1) : 9-10.

16. PORTAELS F. « Contribution à l’étude des mycobactéries de l’environnement au Bas-Congo. » Ann. Soc. Belge Med. Trop. 1973 ; **53** : 373-7.

17. U. M. BOOCK A., WYSS K., EYANGO S. « Enquête nationale préliminaire sur l’ulcère de Buruli au Cameroun. » Bull. de l’ALLF 2005 ; **17** : 41-2.

18. VAN OYE E., BAILLON M. « Faudra-t-il tenir compte d’une nouvelle affection à bacilles acido-resistants en Afrique ? Note préliminaire. » Ann. Soc. Belge Med. Trop. 1950 ; **30** : 619-27.

Remerciements

Cette enquête a été financée par l’OMS. Le Dr Kibadi est inscrit dans un programme *PhD* à IMT-Anvers et reçoit une bourse de la Coopération Belge. Sur le terrain, cette enquête a pu être réalisée grâce à l’implication directe des médecins coordinateurs provinciaux Lèpre – Tuberculose de la RD du Congo. Le Pr F. Portaels (IMT-Anvers) et le Pr Muyembe (INRB – Kinshasa) ont respectivement analysé les échantillons d’UB dans leurs laboratoires.

Résumé

L’ulcère de Buruli (UB), affection à *Mycobacterium ulcerans*, sévit dans les populations rurales en RD du Congo.

L’objectif de l’enquête a été de déterminer la prévalence des cas d’ulcère de Buruli et leurs principaux foyers en RD du Congo. Les activités menées au cours de l’enquête ont été les suivantes : formation des enquêteurs, collecte des données, prélèvement des échantillons d’UB pour analyse, centralisation de toutes les données des provinces, présentation des résultats préliminaires de l’enquête nationale au 1^{er} Congrès national d’UB de la RD du Congo (Kinshasa, 27-29 septembre 2004) et à la 8^e réunion annuelle de l’OMS sur l’ulcère de Buruli (Genève, 8-11 mars 2005).

Les résultats ont été les suivants :

- 487 cas d’UB probables, dont 34 déjà confirmés ;
 - anciens foyers (avant 1980) encore très actifs (Provinces Bas-Congo, Bandundu, Maniema, Orientale) et nécessitant des enquêtes actives ;
 - examen bactériologique avec coloration de Ziehl-Neelsen étant l’examen le plus réalisé.
- Il ressort de ces résultats préliminaires que :
- une enquête nationale a eu lieu en RD du Congo ;
 - la prévalence de l’UB en RD du Congo reste encore à définir ;
 - l’UB est encore endémique ;
 - les anciens foyers restent encore actifs.

1. Programme National de Lutte Contre l’ulcère de Buruli, Ministère de la Santé, RD du Congo (Dr Kibadi : akibadi@yahoo.fr).

2. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau OMS – RD du Congo.

3. Unité de Mycobactériologie, Institut de Médecine Tropicale d’Anvers, Belgique.

PRIX DU MEILLEUR POSTER (CATÉGORIE INFECTIOLOGIE)
AUX JOURNÉES DERMATOLOGIQUES
DE PARIS
(7-10 décembre 2005)

Evolution à un an du traitement de l’infection à *M. ulcerans* par l’association rifampicine et streptomycine
A. Chauty et coll.

En conclusion les auteurs précisent : « L’antibiothérapie par rifampicine et streptomycine est un progrès majeur dans le traitement de l’ulcère de Buruli. Elle suffit dans les formes les plus précoces, tandis que, dans les autres, elle facilite l’intervention chirurgicale en réduisant la taille de l’excision. Enfin elle permet de réaliser des soins ambulatoires, à un coût plus

■ TRANSMISSION DE *M. ULGERANS* : EXISTE-T-IL UN VECTEUR / HÔTE DU BACILLE ?

L. Marsollier¹, E. Deniaux², A. Chauty³, C. Johnson⁴, J. P. Saint André², B. Carbonnelle² et J. Aubry⁵



M. ulcerans, agent étiologique de l'ulcère de Buruli, provoque des lésions cutanées invalidantes. Les lésions sont causées par la production d'une toxine, la mycolactone, seul facteur de virulence du bacille connu à ce jour¹. Les gènes codant pour les enzymes permettant la synthèse de cette toxine sont situés sur un plasmide géant propre à *M. ulcerans*⁶. Concernant le mode de transmission de cette mycobactérie très « atypique », on connaît peu de chose. Toutes les études épidémiologiques montrent que l'homme se contamine au contact de l'environnement aquatique lors de ses activités.

Hypothèse sur la transmission

Plusieurs hypothèses sont plausibles concernant le mode de transmission du bacille. Il se peut que le bacille pénètre dans le tissu cutané :

- par des plaies déjà formées : cette hypothèse est peu probable, puisque des travaux expérimentaux réalisés dans notre laboratoire l'ont invalidée en partie ;
- lors de traumatismes provoqués par des matériaux souillés : plantes coupantes, poissons qui piquent (perches, poissons chats...). A notre connaissance aucune étude n'a permis de valider ou d'invalider cette hypothèse ;
- lors de piqûres provoquées par un animal vecteur. En 1999, il a été évoqué pour la première fois que des punaises d'eau puissent être un vecteur⁴.

Les punaises aquatiques : un vecteur et un hôte de *M. ulcerans* ?

Suite à l'étude systématique réalisée par F. Portaels⁴, nous avons montré expérimentalement que des punaises d'eau pouvaient héberger le bacille dans les glandes salivaires, lieu de multiplication bacillaire et le transmettre lors de piqûre à l'animal. Ainsi, nous avons montré que *M. ulcerans* était la seule mycobactérie

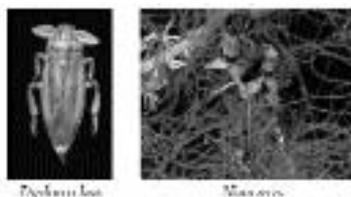


Fig. 1

capable de se multiplier dans de tels organes³. Ces travaux expérimentaux associés aux données environnementales ont permis d'établir un mode de transmission du bacille à l'homme impliquant les punaises d'eau comme vecteur (figure 1).

- Etude des relations entre le bacille et les punaises aquatiques à l'échelle cellulaire

Les insectes ne possèdent pas de vaisseaux sanguins. Les organes de la cavité générale baignent dans l'hémolymphe (équivalent du sang). Ce liquide alimente en oxygène et en nutriments les organes. Les mouvements de l'hémolymphe sont assurés par un cœur.

Les insectes possèdent 3 types de cellules immunitaires circulantes présentes dans l'hémolymphe :

- les plasmotocytes qui sont des cellules spécialisées dans la phagocytose (figure 2) ;
- les mélanocytes qui produisent de la mélanine, substance anti-microbienne ;
- les laméllocytes jouant un rôle dans l'encapsulation.

Les insectes aquatiques se contaminent

lors de l'ingestion de nourriture (sous forme de proies pré-digérées), et dans laquelle est présent le bacille. Ce dernier se



Fig. 2

retrouve alors dans le tube digestif des punaises. L'un des scénarios envisagé et le plus plausible est le suivant : brièvement, le bacille, objet de translocation au niveau de l'épithélium digestif atteindrait le coe-

lome, un compartiment où sont présents les hémocytes de l'hémolymphe. Lorsque des bacilles sont artificiellement inoculés dans le coelome de punaises d'eau, ils sont phagocytés rapidement par les plasmotocytes. Quatre heures après l'inoculation, les premiers bacilles sont visibles dans les glandes salivaires où ont été détectés parallèlement de nombreux plasmotocytes morts. Dès 14 heures après l'inoculation intra-coelomique, des bacilles sont présents dans le rostre. Une telle observation rend plausible l'hypothèse suivante : les punaises aquatiques pourraient transmettre le bacille sans multiplication préalable au niveau des glandes salivaires. Après quarante heures, des bacilles sont observés quasi-uniquement dans les glandes salivaires, où leur nombre augmente, traduction de leur multiplication. *In vitro*, il a été montré que des plasmotocytes provenant de l'hémolymphe et ayant phagocyté des bacilles, se lysaient et libéraient le bacille dans le milieu de culture.

Ces observations suggèrent qu'une fois que les bacilles ont atteint le coelome, ils détournent les plasmotocytes comme cellules navettes qui les véhiculeraient dans les glandes salivaires².

- Rôle de la mycolactone

La mycolactone est sans doute la pierre angulaire de la colonisation des glandes salivaires. En effet, *M. ulcerans*, qui est la seule mycobactérie à pouvoir coloniser les glandes salivaires des punaises, est aussi la seule

mycobactérie (avec *M. liflandii*) capable de produire cette toxine. Un mutant ne produisant pas de mycolactone est incapable de coloniser les punaises. Cependant, il est peu probable que la mycolactone intervienne dans la translocation du bacille du tube digestif vers la cavité générale. En effet des punaises sont nourries avec des proies inoculées avec un mutant ne produisant pas la mycolactone, on retrouve des bacilles dans l'hémolymphe. Nous supposons donc que cette toxine entraîne la lyse des plasmocytes libérant ainsi les bacilles dans les glandes salivaires².

- Apport de la génomique

M. ulcerans a un génome très proche de celui de *M. marinum*. En effet l'homologie est supérieure à 98 %⁵. Malgré cette forte homologie, les deux bacilles présentent des différences importantes. A titre d'exemple, le temps de génération de *M. marinum* est beaucoup moins important que celui de *M. ulcerans*. *M. marinum*, chez l'homme, provoque des granulomes (granulome des aquariophiles) et est intracellulaire. *M. ulcerans*, quant à lui, génère des lésions cutanées dues à une nécrose extensive et est extracellulaire. Le séquençage de *M. ulcerans* suggère que le bacille a acquis le plasmide permettant la synthèse de la mycolactone. Cette acquisition associée à la présence de séquences d'insertion en quantité importante a permis à *M. ulcerans* de se développer dans des niches environnementales particulières⁵.

- Etude séro-épidémiologique

Dernièrement, F. Portaels a montré qu'il y avait une relation entre le nombre de cas d'ulcère de Buruli et la présence dans l'environnement d'insectes colonisés par le bacille. Mais ces insectes dans les zones endémiques sont-ils capables de piquer l'homme ? Les punaises aquatiques sont, à l'exception d'une espèce, des insectes carnivores non hématophages. Elles sont très agressives et n'hésitent pas à piquer l'homme lorsque celui-ci passe

à proximité ou les saisit par erreur. Ces piqûres surviennent généralement lorsque les personnes fréquentent des zones où la végétation est dense. Lors d'une étude séro-épidémiologique (étude soutenue par l'AFRF) réalisée en zone endémique, nous avons montré que le sérum des personnes exposées aux piqûres des insectes (pêcheurs...) possédait un taux élevé d'anticorps capables de reconnaître des constituants protéiques du suc salivaire.

Autre vecteur potentiel

L'existence de vecteurs différents ne peut pas être exclue. D'ailleurs ces derniers mois, des équipes australiennes suspectent que des moustiques pourraient être des vecteurs (actifs, passifs, accidentels ?) du bacille.

Références

1. George K. M., D. Chatterjee, G. Gunawardana, D. Welty, J. Hayman, R. Lee, and P. L. Small. 1999. « Mycolactone: a polyketide toxin from *Mycobacterium ulcerans* required for virulence. » *Science* 283:854-7.
2. Marsollier L., J. Aubry, E. Coutanceau, J. P. André, P. L. Small, G. Milon, P. Legras, S. Guadagnini, B. Carbonnelle, and S. T. Cole. 2005. « Colonization of the salivary glands of *Naucoris cimicoides* by *Mycobacterium ulcerans* requires host plasmocytes and a macrolide toxin, mycolactone. » *Cell. Microbiol.* 7:935-43.
3. Marsollier L., R. Robert, J. Aubry, J. P. Saint Andre, H. Kouakou, P. Legras, A. L. Manceau, C. Mahaza, and B. Carbonnelle. 2002. « Aquatic Insects as a Vector for *Mycobacterium ulcerans*. » *Appl. Environ. Microbiol.* 68:4623-4628.
4. Portaels F., P.-A. Fonteyne, and W. M. Meyers. 1999. « Insects in transmission of *mycobacterium ulcerans* infection. » *The Lancet* 353:986.
5. Stinear T. 2005. « Réunion annuelle du groupe consultatif sur l'ulcère de Buruli », OMS, Genève.

6. Stinear T. P., A. Mve-Obiang, P. L. Small, W. Frigui, M. J. Pryor, R. Brosch, G. A. Jenkin, P. D. Johnson, J. K. Davies, R. E. Lee, S. Adusumilli, T. Garnier, S. F. Haydock, P. F. Leadlay, and S. T. Cole. 2004. « Giant plasmid-encoded polyketide synthases produce the macrolide toxin of *Mycobacterium ulcerans*. » *Proc Natl Acad Sci U S A*, 101, 1345-9.



Figure 3

Figure 3 - Mode de transmission de *M. ulcerans*.

Des mollusques aquatiques ou d'autres animaux phytophages sont des sources transitoires de *M. ulcerans* en se nourrissant des plantes servant de support à la formation des biofilms par le bacille. Ces proies sont alors dévorées par les punaises aquatiques. Les bacilles s'établissent alors au niveau des glandes salivaires des insectes et s'y multiplient. Ils peuvent être transmis à l'homme lors de piqûres provoquées par les punaises aquatiques.

1. Institut Pasteur, Paris, France.
2. Faculté de Médecine et CHU, Angers, France.
3. CDTUB, Pobè, Bénin.
4. Coordinateur du Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli au Bénin.
5. Faculté de Pharmacie, Nantes, France.

INTÉRÊT DE L'ASSOCIATION STREPTOMYCINE ET RIFAMPICINE (SCHÉMA OMS)
DANS LE TRAITEMENT DE L'INFECTION À MYCOBACTERIUM ULGERANS (ULCÈRE DE
BURULI) :

ÉVALUATION APRÈS UN AN CHEZ 103 PATIENTS AU BÉNIN

Résumé d'une thèse de doctorat en médecine soutenue à Toulouse le 28/09/2005, par Hélène Euverte

Cent trois patients atteints d'un ulcère de Buruli, sélectionnés selon des critères cliniques documentés et soumis à l'avis d'un comité d'experts ont été traités en ambulatoire dans les centres de santé de la vallée de l'Ouémé et du Plateau par l'équipe du Centre de traitement de l'ulcère de Buruli (CDTUB) de Pobè au Bénin. Ils ont été traités par l'association antibiotique rifampicine à 10 mg/kg/j et streptomycine à 15 mg/kg/j pendant 8 semaines, complétée si nécessaire par une excision chirurgicale après 4 semaines d'antibiothérapie. Ce traitement a fait l'objet d'une évaluation après 1 an. Le taux de rechute est de 2.9 % contre 10 % en moyenne. Toutes les lésions se sont stabilisées et 88 % ont diminué de taille principalement par réduction de l'œdème (67 % des cas). **La moitié des lésions ont cicatrisé sans nécessiter de chirurgie** (surtout les lésions précoces, les ulcères et les lésions du visage) et sans aggraver le handicap. Ainsi l'organisation du CDTUB permet de traiter en mode ambulatoire les patients, réduisant le coût des soins, tout en dépis-



Ulcère de grande taille. La peau hyperpigmentée montre les limites périphériques de la plaque. Le fond de l'ulcère est rouge, mais on aperçoit encore la nécrose jaunâtre à sa partie inférieure (photo : Annick Chauty).

tant plus de patients à un stade plus précoce.



Une plaque non encore ulcérée (photo : Annick Chauty)



Lésion membre inférieur (taille > 15 cm) ; lésion œdémateuse ulcérée dépistée à un stade tardif. Handicap majeur, la patiente ne peut plus marcher et sera opérée à J15 (photo : Annick Chauty).



Même malade un an après le traitement. La patiente a retrouvé la marche, mais présente une limitation à la flexion et l'extension de la cheville (photo : Annick Chauty).

ETUDE ENVIRONNEMENTALE DE MYCOBACTERIUM ULCERANS DANS L'OUEST GUYANAIS

Résumé d'une thèse de doctorat en médecine, soutenue à Rennes le 04/11/2005 par Olivier Quéré*



Le mode de transmission de l'ulcère de Buruli n'est pas tout à fait élucidé mais de grands progrès ont été faits grâce à des études réalisées sur des organismes vivants et dans l'environnement des zones d'endémie.

Jusqu'à ce jour, toutes les études environnementales ont été effectuées uniquement en Afrique (Côte d'Ivoire, Ghana et Bénin) et en Australie. La Guyane française représente de loin le foyer américain le plus important, avec un total de 178 cas notifiés de 1969 à octobre 2005, pour une population totale de 180 000 habitants. Le but de notre étude a été d'étudier la présence de *M. ulcerans* dans l'environnement d'un foyer épidémique de l'ouest de la

Guyane. C'est la première étude environnementale effectuée sur le continent américain.

Le travail a consisté en plusieurs étapes :

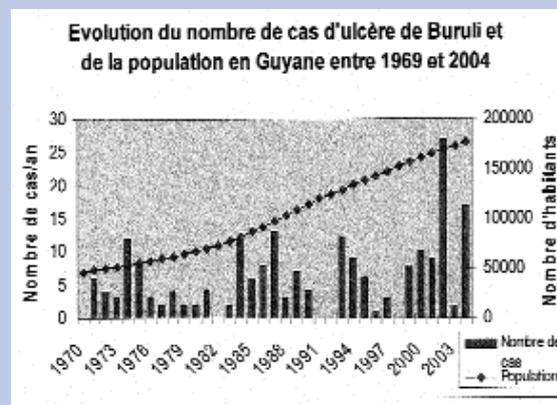
- une enquête auprès de patients originaires de l'Ouest Guyanais traités à Cayenne afin de mettre en évidence d'éventuels facteurs de risque et les points d'eau fréquentés ;
- l'individualisation de zones de prélèvement en fonction des résultats des enquêtes effectuées à Awala-Yalimapo, village amérindien situé sur la côte et à Javouhey, village Hmong de l'intérieur ;
- le prélèvement non orienté d'insectes aquatiques et de végétaux effectués entre mi-novembre 2004 et février 2005 à Javouhey. Un total de 303 spécimens d'insectes et de poissons ont été prélevés et déterminés, ainsi que 9 végétaux.
- l'analyse de ces prélèvements par extraction d'ADN et analyse PCR à l'Institut Pasteur de Cayenne.

Toutes les PCR se sont révélées négatives. Il reste 13 poissons et les 9 végétaux à analyser. L'eau des sites de prélèvement a de plus été analysée : il s'agit d'une eau acide, très peu oxygénée, au potentiel redox bas favorisant la prolifération des bactéries.

La collecte des spécimens n'a pas été effectuée en période épidémique puisque le dernier cas clinique d'ulcère de Buruli observé à Javouhey a été diagnostiqué au mois de mai de l'année 2001, soit trois ans et demi avant la collecte des prélèvements. On peut donc s'interroger sur la relation de cause à effet entre cette période de creux épidémique d'ulcère de Buruli à Javouhey et la négativité de toutes les analyses PCR des prélèvements. Cette étude environnementale, comparée aux études effectuées en Afrique et en Australie et du fait du caractère négatif de la totalité des analyses, montre donc que le site de Javouhey présente a priori peu d'invertébrés aquatiques ou d'insectes dont le biotope est aquatique (libellules, criquets, araignées) qui soient contaminés par *M. ulcerans* en période de creux épidémique d'ulcère de Buruli.



*Centre de santé 97 370 MARIPASOULA Guyane Française



PROJET PILOTE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DE PEAU AU MALI

Antoine Mahé et Ousmane Faye

Cette étude d'Antoine Mahé, Ousmane Faye et leurs collaborateurs dont nous avons déjà parlé dans les précédents numéros, vient d'être publiée dans le Bulletin de l'OMS (réf. 14). Voici le résumé et des extraits de cet important et original travail.

Résumé

En octobre 2000, une démarche conjointe entreprise entre les autorités sanitaires du Mali et la Fondation Internationale de Dermatologie (FID), ont abouti à la mise en œuvre d'un projet de recherche « en dermatologie de Santé Publique » intitulé « Projet Pilote de lutte contre les Maladies de peau courantes dans la zone de Bamako ».

Ce projet, démarré en juillet 2001, avait pour **but d'améliorer la santé des populations** pour ce qui concerne les **maladies de peau les plus courantes**, ainsi que, d'une façon plus générale, de **valider la faisabilité et de mesurer l'impact d'un programme sanitaire** simple visant à prendre en charge ces affections dans le contexte de pays en développement (PED). Son financement a été entièrement assuré par la FID.

Les principales activités menées étaient la **formation des agents de santé de niveau périphérique, la promotion de la disponibilité de médicaments essentiels dermatologiques (MED) et enfin la promotion des messages éducatifs à l'endroit de la population.**

L'étude a été menée à la fois dans deux zones sanitaires : urbaine (Bamako) et rurale (Kangaba).

Ainsi, **400 agents de santé exerçant dans ces zones ont été formés** : 87 médecins, 218 infirmiers, 95 sages-femmes.

Une **liste de médicaments essentiels dermatologiques** a été établie et remis à chaque agent lors de la formation. Deux jeux de posters éducatifs ont été élaborés et remis à chaque agent pour être affichés dans les salles d'attente. Une « Journée de la Peau », avec débat télévisé, a été réalisée.

Afin de juger de l'efficacité du projet, une **évaluation** de « l'état des lieux » **avant le projet**, des différentes **interventions** menées et de « l'état des lieux » **après**, a été effectuée (étude « avant-après »).

L'évaluation avant formation a montré que les MDP étaient globalement mal prises en charge par les agents de santé, avec **37 % de diagnostics inadéquats ou imprécis, beaucoup de médicaments non indispensables prescrits, un coût élevé de l'ordonnance, et une faible disponibilité des MED.**

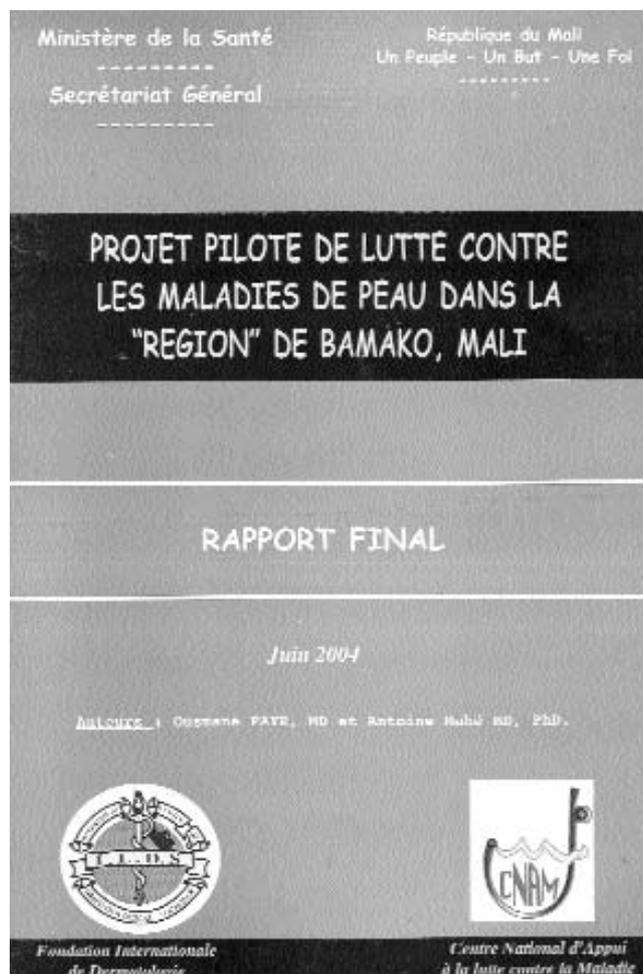
La formation a entraîné une **amélioration** considérable des **connaissances des agents** qui s'est maintenue plusieurs mois après les sessions.

De plus, la pratique des agents de santé, pour la plupart, s'est nettement améliorée, particulièrement pour l'adéquation des diagnostics formulés (89 % de diagnostics clairs), les médicaments prescrits, et leur coût qui a nettement baissé (baisse de 25 % du coût des prescriptions). En outre, **5 nouveaux cas de lèpre ont été dépistés** en un an (contre 1 seule suspicion l'année précédant la formation). Par contre l'intervention a eu peu d'impact sur la disponibilité des

MED (qui dépend de plusieurs facteurs), la perception des messages éducatifs et la prévalence des MDP mesurée au sein d'une population rurale.

Le contenu des outils de formation, essentiellement basé sur l'approche algorithmique et des principes thérapeutiques simples, a pu être évalué et validé.

Au total, pour la première fois, un programme visant à améliorer la situation prévalant pour les MDP dans la population générale d'un PED a eu un **impact positif sur la prise en charge de ces affections au niveau des centres de santé périphériques** ; surtout, le programme testé était **facile à mettre en œuvre**, relativement **peu coûteux** et, à notre avis, susceptible d'être reproduit en dehors de tout programme de recherche. Finalement, l'application de ce programme dans d'autres régions du Mali ou d'autres pays en développement confrontés à la même problématique peut être envisagée.





Pyodermite (coll. I. Marchoux)

Investigateurs et participants au projet pilote

Equipe Malienne :

Investigateurs : Dr Ousmane Faye (*P. I*) (CNAM-Ex Institut Marchoux, Bamako), Dr N'Diaye Hawa Thiam (Centre Santé Référence, Commune V, Bamako), Dr Ibrahima Coulibaly (pharmacien, CNAM-Ex Institut Marchoux, Bamako)

Superviseur : Pr Somita Keita (CNAM-Ex Institut Marchoux, Bamako)

Investigateurs associés : (CNAM-Ex Institut Marchoux, Bamako), Dr. Habibatou Konaré Diawara, Dr Pierre Traoré, Dr Karim Coulibaly, Dr Hawa Sagara, Feu Dr Cissé Binta Touré, Directeur : Pr Abdel Kader Traoré (Interniste, Administrateur)

Equipe Internationale (Fondation Internationale de Dermatologie) :

Expert et Superviseur : Dr Antoine Mahé (Dakar, Sénégal)
Chairman : Pr Roderick Hay (actuel) (Queens University, Belfast ; Ireland du Nord), Pr Terence Ryan (ancien)

Membres : Pr Jean Revuz (Créteil, France), Pr Ramon Ruiz-Maldonado (Mexico, Mexique), Pr Kristian Thestrup-Petersen (Copenhague, Danemark)

PROTOCOLE INITIAL

1. Justification du projet

– Ampleur du problème sanitaire représenté par les MDP dans les PED

La très grande majorité des affections cutanées dans les PED est représentée par des maladies infectieuses « banales », en l'occurrence la gale, les pyodermites, et les mycoses superficielles.

Les données documentant cet état de fait sont multiples :

– l'analyse des motifs de consultation au sein des *centres spécialisés en dermatologie* des PED retrouve une prépondérance des affections infectieuses transmissibles que sont les pyodermites, la gale, et les différentes variétés de mycoses superficielles, « l'eczéma » représentant également une catégorie diagnostique importante¹⁻⁵⁻⁷.

– les quelques *études de prévalence menées en population générale* ont fait état de taux particulièrement élevés pour ces mêmes MDP transmissibles : par exemple, environ 4 % de la population âgée de moins de 13 ans d'une région rurale

proche de Bamako présentait une gale, 12 % une pyodermite, et 10 % une teigne²⁻⁴⁻⁸.

– il est établi que ces mêmes MDP constituent une proportion notable des motifs de consultation dans les *centres de santé non spécialisés* : de l'ordre de 10 % des malades s'y présentant, ce qui constitue l'une des premières causes spécifiques de fréquentation de ces centres³⁻⁹ et que les évaluations ayant porté sur la compétence des agents de santé non spécialisés dans la prise en charge de ces affections ont souligné leurs faibles performances dans ce domaine¹⁰⁻¹¹.

– Les MDP dans les PED : problème de santé publique ?

Certes les MDP ne peuvent pas être considérées comme un vrai problème de santé publique en terme de mortalité, d'invalidité ou de coût, mais il ne paraît pas raisonnable de laisser avec une prise en charge aussi inadéquate des affections fréquentes, pour lesquelles la demande manifeste d'une partie importante de la population n'est que partiellement satisfaite et dont le coût se trouve ainsi majoré de façon importante.

Un autre aspect a trait à la problématique de la **lutte contre la lèpre**. Du fait d'un succès incontestable des programmes de lutte contre cette affection, qui est devenue une affection relativement rare (moins de 1 cas pour 10 000 habitants dans la plupart des pays), il est prévu d'intégrer de plus en plus les activités concernant cette maladie au niveau périphérique¹². Si l'on souhaite que des agents de santé non spécialisés aient une certaine efficacité dans cette tâche, il paraît indispensable que ceux-ci reçoivent un minimum de formation dermatologique, ne serait-ce que pour ne pas référer les cas très nombreux d'affections hypochromiantes constituant des diagnostics différentiels de la lèpre.

– Enjeux d'un « programme de lutte contre les MDP »

En s'inspirant d'une démarche de santé publique, il paraît envisageable de proposer des actions qui aient les caractéristiques suivantes : efficacité, faisabilité et reproductibilité, et qui soit en définitive dotée d'un bon rapport coût/efficacité.

L'évaluation de ce projet doit permettre de quantifier l'impact des actions proposées, ainsi que leur faisabilité, et par là même de juger si les mesures prônées sont susceptibles d'être validées en tant que références pour une prise en charge organisée des MDP dans les PED.



Dermite séborrhéique étendue VIH (coll. I. Marchoux)



Pityriasis versicolor (coll. I. Marchoux)

2. Objectifs du projet

L'objectif général de ce projet est d'*améliorer la santé cutanée de la population de Bamako*, en promouvant l'accès à des soins dermatologiques de base.

Les objectifs spécifiques sont :

- Former les agents prescripteurs des structures de santé de 1^{er} contact à une prise en charge rationnelle des MDP prioritaires.
- Promouvoir la disponibilité des médicaments essentiels dermatologiques au niveau des points de distribution les plus périphériques.
- Promouvoir dans la population des messages d'hygiène préventifs des MDP prioritaires.
- Evaluer la faisabilité et l'efficacité du projet, ainsi que le contenu de la formation.

3. Méthodologie

Ce projet est essentiellement axé sur la formation dermatologique de base des agents de santé de 1^{er} recours, devant leur permettre, d'une part de prendre en charge les maladies de peau les plus courantes et d'autre part de référer celles qui nécessitent un avis spécialisé.

Choix des MDP prioritaires

Ont été identifiées comme MDP prioritaires : la *gale*, et les *pyodermites* du fait de leur fréquence, de leur nuisance et de leur sévérité ; la *lèpre*, du fait de son aspect prioritaire pour l'OMS (élimination en tant que problème de santé publique) ; *d'autres affections courantes*, moins sévères, mais représentant des motifs de consultation non exceptionnels : mycoses superficielles et teignes de l'enfant, dermites de contact.

Identification de la zone d'intervention

Ont été désignées comme zones cibles d'intervention : le district de Bamako (milieu urbain), ainsi qu'un cercle adjacent, le cercle de Kangaba (milieu rural).

Déroulement de l'étude

Les activités suivantes ont été menées selon le chronogramme général suivant :

- évaluation précédant l'intervention
- intervention : formation des agents de santé, promotion des médicaments essentiels dermatologiques, promotion de messages préventifs
- évaluation faisant suite à l'intervention
- la validation technique du contenu de la formation se faisant parallèlement¹³.

4. Principaux résultats

– **Qualité de prise en charge des MDP dans les centres de santé¹⁴**. La formation a entraîné une **amélioration** considérable des **connaissances des agents** qui s'est maintenue plusieurs mois après les sessions.

De plus, la pratique des agents de santé, pour la plupart, s'est nettement améliorée, particulièrement pour l'adéquation des diagnostics formulés (89 % de diagnostics clairs), les médicaments prescrits, et leur coût qui a nettement baissé (baisse de 25 % du coût des prescriptions). En outre, **5 nouveaux cas de lèpre ont été dépistés** en un an (contre 1 seul cas suspect l'année précédant la formation). La proportion de patients « probablement bien pris en charge », à la fois sur le plan diagnostique et thérapeutique, est ainsi passée de 42 % à 81 %. Ces améliorations étaient particulièrement importantes pour les *infirmiers* par rapport aux médecins, et lorsque les patients étaient âgés de moins de 15 ans.

Le degré d'amélioration variait d'un centre à un autre, mais, hormis un centre qui n'a pas été inclus dans l'évaluation par défaut apparent de compliance, une amélioration était toujours présente ; elle était parfois spectaculaire.

– Disponibilité en médicaments essentiels

On peut admettre qu'il existait une légère amélioration de la disponibilité de certains MED dans la période faisant suite à la formation, surtout juste après celle-ci. Toutefois, la disponibilité globale restait insuffisante dans bon nombre de centres. Ces résultats, moyennement satisfaisants, sont à mettre en balance avec la légèreté de l'investissement spécifique ayant abouti à ce résultat.

– Evaluation de l'impact sur le nombre de sujets référés pour suspicion de lèpre

Il y a eu un *impact positif* de l'intervention sur le programme lèpre du pays, avec une amélioration du dépistage lèpre dans les zones concernées ; cependant, cet effet semble s'être « essoufflé » en environ 1 an. Probablement, ce type de référence, pour être fonctionnel de façon pérenne, nécessiterait-il des réactivations ?

CONCLUSION FINALE

Dans les faits, ce projet a été mené de façon conforme aux objectifs prévus, aussi bien en termes d'activités que d'objectifs scientifiques.

Sur le plan scientifique et pratique, les renseignements obtenus nous semblent valides et riches : un programme de formation d'agents de santé non spécialisés à **la prise en charge des maladies de peau courantes** a pu être élaboré, validé techniquement, et a démontré son impact sur la qualité des soins concernant ces affections, élément considéré comme essentiel dans la perspective d'améliorer la santé cutanée des populations. A côté de ces éléments bien établis, il semble de plus que le programme proposé soit susceptible de permettre **un meilleur dépistage des cas de lèpre précoce** de façon décentralisée, élément clé de la lutte contre cette maladie à l'heure actuelle.

Les perspectives ouvertes par ce Projet semblent en fait multiples : une extension aux autres régions du Mali semble à encourager. **L'application de ce programme dans d'autres régions du monde** confrontées à la même problématique semble également envisageable sous réserve de certaines conditions : demande de la population, agents de santé motivés, sensibilisation à la santé publique.



Diagnostic différentiel de la lèpre T : épidermomycose

Références bibliographiques

1. Mahé A., Cissé I. A., Faye O., Thiam N'Diaye H., Niamba P. « Skin diseases in Bamako, Mali. » *Int. J. Dermatol.* 1998 ; 37:673-6.
2. Mahé A., Prual A., Konaté M., Bobin P. « Skin diseases of children in Mali: a public health problem. » *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1995 ; 89:467-70.
3. Mahé A., Thiam N'Diaye H., Bobin P. « The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). » *Int. J. Dermatol.* 1997 ; 36:185-6.
4. Bechelli L. M., Haddad N., Pimenta W. P. J., Pagnano P. M. G., Melchior E., Fregnan R. C., Zanin R. C., Arenas A. Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus valley (Acre State, Amazonia, Brazil). *Dermatologica* 1981 ; 163:78-93.
5. Verhagen A. R. H. B., Kolen J. W., Chaddah V. K., Patel R. I. « Skin diseases in Kenya. » *Arch. Dermatol.* 1968 ; 98:577-586.
6. Mahé A., Faye O., Fanello S. « Dermatologie et santé publique dans les pays en voie de développement. » *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2003 ; 96:351-6.
7. Ratnam A. V., Jarayaju K. « Skin diseases in Zambia. » *Br. J. Dermatol.* 1979 ; 101:449-53.
8. Belcher D. W., Afoakwa S. N., Osei-Tutu E., Wurapa F. K., Osei L. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1977 ; 71:204-9.
9. Badame A. J. « Incidence of skin diseases in rural Jamaica. » *Int. J. Dermatol.* 1988 ; 27:109-11.
10. Hay R. J., Estrada Canon R., Alarcon Hernandez H., Chavez Lopez G., Lopez Fuentes L. F., et al. « Wastage of family income on skin disease in Mexico. » *Br. Med. J.* 1994 ; 309:848.
11. Figueroa J. I., Fuller L. C., Abraha A., Hay R. J. « Dermatology in south western Ethiopia: rationale for a community approach. » *Int. J. Dermatol.* 1998 ; 37:752-8.
12. Saunderson P. R., Ross W. F. « Training for integration. » *Lepr. Rev.* 2002 ; 73:130-7.
13. Mahé A., Faye O., Thiam N'Diaye H. T., Ly F., Konaré H. D., Kéita S., Traoré A. K., Hay R. J. « Definition of an algorithm for the management of common skin diseases at primary health care level in sub-aharan Africa. » *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 2005 ; 99:39-47.
14. Mahé A., Faye O., Thiam N'Diaye H. T., Konaré H., Coulibaly I., Kéita S., Traoré A. K., Hay R. J. « Integration of basic dermatological care into primary healthcare services in Mali. » *Bull. World Health Organ.*

Remerciements à tous ceux qui ont rendu possible ce travail, et qui furent nombreux eu égard aux multiples activités du projet, avec une mention toute particulière à certains éléments clés de la réussite de ce projet : le **Ministère de la Santé** de la République du Mali, la **Fondation Internationale de Dermatologie**, et plus particulièrement celui qui fut son Président durant une grande partie du projet, le **Pr Terence Ryan** ; la **Société Française de Dermatologie**, et tout particulièrement son représentant à la FID le **Pr Jean Revuz** ; l'équipe du CNAM, ex-**Institut Marchoux**, avec une mention particulière aux personnes s'étant succédées à sa tête durant le déroulement du projet, en l'occurrence : le **Dr Pierre Bobin**, Directeur de l'Institut Marchoux de 1989 à 1995, **Mr Soumaïla Kéita**, Chef de la MORIM de 1999 à 2001 et le **Pr Abdel Kader Traoré**, directeur du CNAM depuis 2001 ; ainsi qu'à toute l'**équipe dermato-léprologique** passée et présente du CNAM.

LA PRISE EN CHARGE DES INVALIDITÉS LIÉES À LA LÈPRE EST-ELLE POSSIBLE ?

Pierre Bobin



Education sanitaire (photo M. Y. Grauwlin)

Il n'existe toujours pas un véritable consensus concernant la prise en charge des infirmités liées à la lèpre. En effet :

1. Il y a ceux qui disent « le problème est insoluble », car :

- le nombre de porteurs d'infirmités est trop important ;
- la chronicité de ces invalidités est désespérante ;
- la participation indispensable des malades à leurs propres soins et la mobilisation des personnels vis-à-vis de ce problème sont illusoirs ;
- l'efficacité des traitements chirurgicaux est mise en doute ;
- la corticothérapie dans les réactions n'est pas « faisable » sur le terrain ;
- les structures capables de réaliser les actions de prévention des invalidités de la lèpre et de réadaptation physique (PIRP) ne peuvent pas être mises en place dans toutes les régions d'un pays ;
- la mise en place de programmes PIRP se conçoit mal dans le contexte d'une politique d'intégration des activités lèpre dans l'ensemble du système de santé d'un pays ;
- le coût serait exorbitant : les budgets disponibles doivent être réservés aux programmes PCT.

Donc il s'agit pour eux d'une conception **pessimiste mais réaliste justifiant une (frustrante) attitude d'abstention**. Par contre, ils ont une certitude : une PCT précoce est le meilleur moyen de prévenir l'apparition des infirmités et tout doit être mis en œuvre pour que tous les cas de lèpre soient détectés et traités précocement.

2. A l'opposé, il y a ceux qui disent « on n'a pas le droit de s'abstenir » :

- en s'abstenant, on continue à isoler les malades atteints de lèpre porteurs de séquelles : autrefois ils étaient exclus physiquement ; maintenant ils sont exclus des statistiques (n'étant plus considérés comme des « cas de lèpre ») et parfois même

des systèmes de santé (dans les régions où existent encore des réactions de rejet vis-à-vis des infirmes de la lèpre) ;

- on n'a pas le droit de se contenter d'évoquer ces infirmes pour sensibiliser les donateurs puis ensuite les exclure, a priori, de toute possibilité de prise en charge ;
- ces malades continuent à pérenniser l'image péjorative véhiculée par cette maladie depuis des millénaires ;
- il faut tout faire pour mettre en place les programmes suivants : éducation sanitaire – formation – *self care* – kinésithérapie – chirurgie (de décompression ou palliative ou de « propreté ») – formation de chirurgiens nationaux – soins (MPP) – prothèses – cordonneries mobiles...

3. Et puis il y a ceux qui disent : « voyons ensemble ce qui est réalisable »

- on est conscient de l'énorme problème que poserait la prise en charge de tous les infirmes de la lèpre, tant au niveau de l'efficacité que de la faisabilité et du coût ;
- mais il faut réaliser ce qui est réalisable, stratégiquement, financièrement, scientifiquement et techniquement : soins des MPP – PIRP – prise en charge des réactions – formation des chirurgiens généralistes nationaux pour la chirurgie de la lèpre courante (décompression, amputation...) – missions de chirurgie à visée palliative.

En conclusion

La PCT est évidemment prioritaire pour traiter les malades atteints de lèpre et prévenir les invalidités, mais il est inacceptable de se désintéresser a priori des infirmes de la lèpre sous prétexte qu'ils ne présentent plus de risque épidémiologique et que le problème est difficile à résoudre.

Il serait très souhaitable que, dans tous les pays, les principaux acteurs de la lutte contre la lèpre organisent des ateliers sur ce thème pour essayer d'arriver à un consensus et faire des propositions concrètes pour trouver une solution à ce problème lancinant des infirmités liées à la lèpre.



Mal perforant plantaire lépreux avec amputations orteils

■ RÉHABILITATION FONCTIONNELLE DES MALADES VICTIMES DE LA LÈPRE AU VIETNAM

Mission Ordre de Malte France (15 au 26 Juin 2005)

Six centres chirurgicaux**

Cette mission d'évaluation s'est déroulée des Hauts plateaux (centre du Vietnam) jusqu'au delta du Mékong (Sud du Vietnam). Six centres ont été visités dont deux centres de référence (Quy Hoa pour le centre du Vietnam et Ho Chi Minh Ville pour le Sud du Vietnam) et quatre sites d'accueil provinciaux avec du Centre au Sud : Nhatrang, Phanthiet, Bengan, Cantho.

Activité chirurgicale** de l'année 2004 au Vietnam : un seul chiffre à retenir : 2 610 interventions chirurgicales

2 610 interventions chirurgicales ont été effectuées dans ces 6 centres, pour la réhabilitation fonctionnelle des malades victimes de la lèpre.

Les interventions chirurgicales réalisées concernent la chirurgie palliative (restauration d'une main ou d'un pied paralysé), la chirurgie préventive (décompression nerveuse chirurgicale au niveau des membres supérieurs et des membres

inférieurs), la chirurgie de propreté (curetage des ostéites compliquant les ulcères plantaires, amputation des membres ou des segments de membre) et la chirurgie dermatologique (qui est en train de se développer).

La répartition des activités est représentée pour 1/3 des cas par la chirurgie palliative et la chirurgie préventive et 2/3 des cas pour la chirurgie de propreté.

Ces chiffres ne prennent pas en compte les interventions chirurgicales effectuées dans le cadre des campagnes d'élimination des ulcères plantaires : 229 cas pour Camau, en 2003 et 222 cas pour Khanh Hoa, en 2004, 269 cas pour Kontum en 2005.

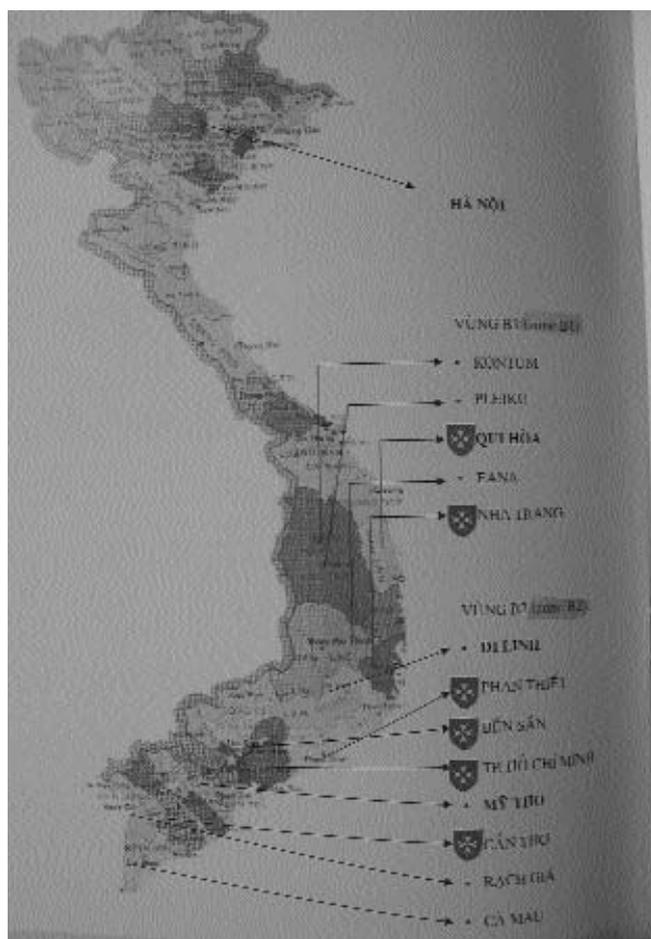


Photo 1 : Sites d'accueil de l'Ordre de Malte pour prise en charge des malades de la lèpre au Vietnam (2005)***



Photo 2 : Bloc opératoire de Quy Hoa***



Photo 3 : Bloc opératoire de Cantho***

Perspectives d'avenir pour l'horizon 2010

Les nouvelles conventions de partenariat pour la période 2005-2010 entre le Vietnam et Ordre de Malte France devront tenir compte des projets suivants :

1 – Une reconversion nécessaire et vitale

Le ministère de la santé vietnamien a décidé de diminuer le soutien financier des établissements hospitaliers qui ne recevront plus qu'une aide correspondant au 1/3 du budget global. D'où la nécessité d'une autonomie budgétaire pour trouver 2/3 des sources de financement avec les services de soins existants. Le CDV d'Ho Chi Minh Ville n'échappe pas à la règle. La « maison mère », où siège le pavillon Malte, est vieillissante ; une cure de jouvence s'avère indispensable. Le comité du parti d'Ho Chi Minh Ville, conscient du problème, a alloué récemment un budget pour la réfection de l'infrastructure du service de chirurgie et réhabilitation fonctionnelle où sont pris en charge les malades victimes de la lèpre.



Photo 4 : Directrice de Nhatrang présentant le bilan des activités chirurgicales 2004-2005***

2 – Evaluation des résultats de la chirurgie palliative

Le concept d'évaluation des résultats post-opératoires doit permettre de renforcer l'expérience chirurgicale des équipes vietnamiennes et d'améliorer la qualité des indications de chirurgie palliative et préventive. Ces missions d'évaluation peuvent s'envisager sous la forme de campagnes mobiles programmées périodiquement, afin d'améliorer l'aspect quantitatif de l'analyse des résultats. Les centres sont déjà équipés d'appareil photographique numérique, les protocoles de recueil photographique des résultats sont établis.

La visite d'un dispensaire communal dans la ville de Phanthiet a permis de constater qu'il est important de s'appuyer sur ces sites afin de faciliter la révision des malades opérés. Les missions mobiles d'évaluation des résultats devront donc contacter les dispensaires communaux qui

pourront convoquer les malades et faciliter ainsi la programmation des visites.

3 – Continuité des 3 programmes techniques engagés...

– **Les ulcères plantaires.** Au Vietnam, la lutte contre les ulcères plantaires s'organise de deux manières :

a) *Les campagnes d'élimination des ulcères plantaires dans les zones à forte endémie*

Actuellement la troisième campagne est en cours dans la province de Kontum (région des hauts plateaux). Si les résultats sont aussi satisfaisants que les deux campagnes précédentes (Camau en 2003 dans le delta du Mékong et Khanh Hoa en 2004 sur la zone côtière du centre), de nouvelles campagnes seront développées vers les hauts plateaux où 4 provinces sont programmées. Lors des campagnes de Camau et Khanh Hoa, un taux de cicatrisation de 80 % a été obtenu ; le problème des récurrences doit être analysé au cours d'un séminaire qui sera envisagé en 2006 à Cantho.



Photo 5 : Soins infirmiers (programme lutte contre les infections nosocomiales)***

b) *Le programme de prévention des invalidités dans les zones à faible endémie*

Comme suite à l'annonce médiatique de l'OMS qui prévoit une élimination de la lèpre pour 2005, de nombreux organismes non gouvernementaux ont saisi l'occasion pour abandonner les programmes de soutien de lutte contre la lèpre. Si bien qu'au Vietnam, l'ILEP représenté par NLR se retrouve confronté à un problème trop coûteux de substitution qui ne peut être assuré. D'où l'abandon de plusieurs programmes provinciaux qui assuraient jusqu'à présent la prise en charge du déplacement et des subsides des malades opérés. Une visite du CDV Ninh Thuan a permis d'apprécier l'attitude positive des responsables locaux afin de surmonter cette nouvelle difficulté. Trois solutions ont été envisagées : aide financière des donateurs vietnamiens,

participation financière sur le budget du centre pour l'achat des produits consommables et création d'une mission mobile chirurgicale pour les malades les plus éloignés et les plus démunis.

— **Les mains sans doigt.** Un programme de prise en charge des mains sans doigt ou « mains palettes » a été proposé pour les sites de Quy Hoa et de Nhatrang avec la participation de Handicap international pour le développement des aides médicales techniques avec l'ergothérapie. Les malades ne sont pas tous chirurgicaux et les techniques chirurgicales doivent s'efforcer de rester simples, standardisées et reproductibles. Une évaluation prochaine des résultats permettra de cerner les indications chirurgicales.

– **Les neuropathies lépreuses.** Une table ronde effectuée en 2004 à Quy Hoa a permis de préciser la place de la chirurgie dans l'arsenal thérapeutique pour la prise en charge des

neuropathies lépreuses. Plusieurs publications scientifiques démontrent l'intérêt d'une chirurgie précoce associée au traitement médical conventionnel. C'est en défendant scientifiquement ce concept qu'il sera un jour généralisé et que la chirurgie préventive sera enfin reconnue au côté du traitement médical par l'OMS.

4 – Faciliter la coopération internationale

La vocation de l'Ordre de Malte dans le transfert de technologie ne doit pas reposer uniquement sur des relations Nord/Sud mais doit également développer le partage d'expérience entre les pays du sud.

Au Cambodge. Le Vietnam a déjà participé à un programme de coopération au Cambodge pendant les années 1998 à 2000 avec la formation des personnels (médecins, kinésithérapeutes et infirmiers de Kien Kleang).

Au Laos. Le Laos a demandé une coopération de la part du Vietnam pour améliorer la prise en charge des malades victimes de la lèpre.

En Mauritanie. Les responsables africains de ce programme vont venir au Vietnam pour s'enrichir de l'expérience asiatique.

*Chirurgien, Directeur du programme chirurgie lèpre

Ordre de Malte France au Vietnam

**supportés par Ordre de Malte France

*** Photos : B. Chabaud



Photo 6 : Résultat à 6 mois d'une main « palette » opérée***



Photo 7 : Salle de réveil du bloc opératoire de Quy Hoa***



Photo 8 : Kinésithérapeute de l'équipe chirurgicale mobile à Phanhtiet***



■ RÉINSERTION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE DES HANDICAPÉS DE LA LÈPRE AU CAMEROUN : UN GOUFFRE FINANCIER¹

Alphonse Um Boock, Modeste Deffo**, Pascal Assembe***, Désiré Fomo****, Zourmba Tizi******

Texte extrait du rapport de l'enquête nationale portant sur le « statut social et psychologique des anciens malades de la lèpre au Cameroun »

La réhabilitation du handicapé de la lèpre pour le Gouvernement du Cameroun et les partenaires, eu égard aux stratégies d'intervention mises en œuvre, s'est apparentée à une tentative qui a consisté pour le promoteur à aller chercher de l'eau avec une cruche perforée de mille trous : un éternel recommencement.

Sans prétendre à une évaluation systématique des initiatives de réinsertion socio-économique antérieures en faveur des handicapés de la lèpre, l'analyse envisagée ici est une chronique de l'échec du rétablissement social du handicapé de la lèpre, élaborée à partir d'observations faites sur le terrain.

Logique de charité au détriment de la logique du développement

La politique actuelle de réinsertion sociale des handicapés de la lèpre ne s'est pas éloignée des tendances philanthropiques qui fondent le comportement de notre société, vis-à-vis de ses malades chroniques, c'est-à-dire la pitié. L'action des différents partenaires est restée basée, au Cameroun, sur le principe de la charité et non sur une politique cohérente de promotion de la personne humaine.

Les origines religieuses de la réponse sociale à la lèpre envisageant le handicapé de lèpre comme bénéficiaire des bonnes œuvres ont d'emblée situé les fondements de l'appui social au lépreux dans le registre de l'émotionnel et de l'affectif faisant de ce dernier un éternel enfant qui demeurera objet d'attention : une vision dont nous avons retrouvé une équivalence culturelle chez les *Dourou* du Nord du Cameroun pour qui « lèpre » ou encore *hona* selon la sémantique locale, est la maladie du chef, la maladie du roi, « tu es là on te fait tout ».

Il ne s'agit pas ici de faire un procès de l'action de la religion en faveur de la lèpre car c'est une action remarquable, mais plutôt de fustiger le statisme des politiques sociales vis-à-vis de la lèpre. En d'autres termes, les partenaires laïcs n'ont pas encore suscité l'évolution de l'action sociale en faveur des handicapés de la lèpre, vers des stratégies d'action visant le développement. D'où la persistance d'une confusion entre maintien et promotion de la personne.

L'objectif de maintien de la personne appelle des stratégies d'assistance à répétition, comme celles observées dans les léproseries, tandis que l'objectif de promotion de la personne exigerait d'envisager l'aide aux lépreux sous un autre angle pour en faire des acteurs de développement et non des éternels assistés. Des stratégies cohérentes ont brillé par leur absence dans les cahiers des charges des organismes étatiques, ainsi que des partenaires locaux et internationaux investis dans la lutte contre la lèpre et ses conséquences. Ce déficit structurel et méthodologique a fait de la réinsertion

sociale des handicapés de la lèpre un véritable gouffre financier.

Absence d'appropriation des actions par les bénéficiaires

La logique de charité trahit une perception sociale de l'ancien malade de la lèpre comme « sous-homme », « éternel enfant ». Cette perception a suscité des formes d'actions à *distanche* de la part des bailleurs de fonds, qui impliquait le recours à un réseau périphérique complexe d'intermédiaires. Ces intermédiaires se sont substitués aux bailleurs de fonds en dissimulant l'information sur la provenance des fonds. Cet état de choses a rendu l'appropriation des actions pratiquement impossible par les bénéficiaires, observateurs passifs.

Par conséquent, les handicapés de la lèpre se sont rarement impliqués dans le processus de choix des actions, de leur mise en œuvre et de leur exploitation. Suivant cette optique, il apparaît difficile d'attester si les projets en cours correspondent aux besoins réels exprimés par les handicapés de la lèpre, ni même si ceux-ci constituent un apport significatif à leur vie.



Séquelles de lèpre (amputation 4 doigts)



Griffe médiocubitale

Dans la plupart des léproseries du Cameroun, il est courant d'une part, d'écouter les handicapés de la lèpre dire : « c'est le poulailler de l'église » ; « c'est l'étang de l'église » ; « c'est la porcherie de l'église ». D'autre part, lorsque la période de distribution des denrées aux malades arrive, c'est en ces termes que le don est fait aux anciens malades de la lèpre : « Ça c'est le poulet donné par l'église, etc. ». Ainsi, les projets sont présentés aux bénéficiaires comme si le financement provenait d'une source religieuse.

Le rapport des anciens malades de la lèpre à la religion est fondé sur une soumission totale qui provoque chez ces derniers un endormissement de leur conscience qui se traduit par une indifférence à la mise en œuvre et au suivi des projets financés en leur nom. Toutefois, la soumission n'est plus une règle absolue chez les malades de la lèpre vivant en léproserie. La bipolarisation émergente des mentalités conditionne la répartition des anciens malades de la lèpre parallèlement dans un registre qui est soit celui des vieilles habitudes, c'est-à-dire la soumission, soit de la nouveauté, en d'autres termes une prise de conscience souvent considérée comme une révolte. La léproserie devient un milieu bouillonnant avec la formation de groupes antagonistes constitués d'un côté des dociles et de l'autre côté des détracteurs, accusant les sœurs de gestion subjective des fonds mis à la disposition des handicapés de la lèpre. Ce bouillonnement interne est alimenté par un climat de suspicion et de calomnie qui compromet les possibilités d'une sereine et fructueuse coopération, ce qui fait que les sœurs accueillent avec une certaine méfiance les partenaires externes et certains résidents de la léproserie.

En amont, les partenaires collaborent étroitement avec des structures intermédiaires chargées de la conception et de la mise en œuvre des projets en faveur des handicapés de la lèpre en léproserie. La relation bailleurs de fonds/population bénéficiaire est ainsi structurée de façon horizontale et indirecte avec la juxtaposition d'un maillon opérationnel entre bailleurs de fonds et les malades. Dans ce contexte, le dia-



Une léproserie au Cameroun (photo A. Um Bock)

logue bailleur de fond/population-cible souhaitable au plus haut point est très fragilisé car il est difficile pour les bailleurs de fonds d'accéder directement au point de vue des handicapés de la lèpre sur la marche des actions en cours, tout comme les handicapés de la lèpre ne peuvent communiquer leur opinion à cœur ouvert sur les réalisations en cours aux bailleurs de fonds.

Absence de concertation entre les différents partenaires

La réinsertion des handicapés de la lèpre au Cameroun est un terrain d'actions prolifiques pour de nombreux intervenants aux philosophies et stratégies différentes. Il y a des intervenants religieux mais surtout laïcs, les structures étatiques, le Rotary club, des ONG locales et internationales. On note malheureusement une cacophonie car ces différents partenaires agissent en rangs dispersés, chacun se comportant comme s'il était seul. L'absence d'un cadre de concertation entre différents partenaires impliqués, conduit certains acteurs à re-financer des projets ayant déjà bénéficié d'une subvention antérieure, d'où le phénomène du double emploi générant des pratiques de dispersion des fonds. Ainsi, certains partenaires ont eu à inaugurer à tour de rôle un projet de point d'eau dans une même léproserie à des moments différents, en se croyant pourvoyeurs de fonds pour ce projet sans aucune étiquette pouvant donner des indications sur l'organisme donateur.



Une léproserie au Cameroun (photo A. Um Bock)



Une vue de la léproserie de Tignère (photo A. Um Bock)

Confusion des rôles au niveau institutionnel

Le Ministère des Affaires Sociales du Cameroun éprouve encore des difficultés à définir une stratégie cohérente, originale et participative de réinsertion des handicapés de la lèpre. Jusqu'en 2005, comme par le passé, le Ministère de la Santé occupe une place prépondérante dans l'organisation de la journée mondiale de la lèpre au détriment du Ministère des Affaires Sociales qui aurait du parrainer ce genre de manifestation en faveur des handicapés de la lèpre.

L'espoir reste tout de même permis

Le réquisitoire dressé contre les pratiques actuelles de réhabilitation sociale des handicapés de la lèpre appelle un nécessaire dépassement des politiques en vigueur tant sur le plan gouvernemental que du côté des partenaires. En effet, la réinsertion socio-économique des handicapés de la lèpre reste une grande priorité pour le Gouvernement et ses partenaires. Le redressement des indicateurs macro et micro économiques au Cameroun, ajouté à la volonté politique sans cesse exprimée par le gouvernement, constituent des facteurs d'espoir certains sur le plan des ressources.

Les constats faits au cours de cette enquête donnent une bonne base pour redynamiser l'action sociale en faveur des handicapés de la lèpre.

D'une manière générale et à la lumière de l'analyse ci-dessus, il s'avère important de penser à une stratégie claire impliquant tous les bénéficiaires dans les différentes phases de planification et de mise en œuvre afin de rendre plus visibles les efforts du Gouvernement et des partenaires dans le domaine de la réinsertion des handicapés de la lèpre.

*Médecin, Représentant régional pour l'Afrique de l'Association Aide aux lépreux Emmaüs-Suisse ** Anthropologue
*** Responsable du programme social ALES
**** Service social ALES ***** PPI



Doc. ALES



Concours pour la promotion des Médicaments Essentiels Génériques : Générique ? OK – Maladie ? KO
Dessin : Sakom Titim Tan, N'Djamena – Tchad
Slogan : Kangah Kangah Christophe – Abidjan – Rep. Côte d'Ivoire

SOINS ET TRAITEMENT DU PIED LÉPREUX AU VIETNAM

Un manuel de formation, intitulé *Soins et Traitements du pied lépreux, de la communauté à la structure spécialisée*, vient d'être publié au Vietnam par les Œuvres Hospitalières de l'Ordre de Malte, Handicap International et le Centre de Dermatologie de Ho Chi Minh-Ville (Vietnam).

Ce manuel bilingue (français-vietnamien), de 160 pages, illustré de photos et schémas, rassemble les techniques originales élaborées par les équipes pluri-disciplinaires durant la dernière décennie.

Il s'adresse à tous les agents de santé impliqués dans le contrôle de la lèpre au Vietnam : chirurgiens, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et cordonniers des centres spécialisés et médecins assistants des postes de santé primaire.

Table des matières

- Le pied, rappel anatomique
- Présentation du pied lépreux
- Examen et bilan du pied lépreux
- Education sanitaire et soins quotidiens
- Maux perforants plantaires
- Traitement orthopédique
- Unité « ulcères plantaires »
- « Plantar ulcer follow up form »
- Chaussage du pied lépreux
- Appareillages pour les « pieds tombants »
- Traitement chirurgical palliatif du pied lépreux
- Kinésithérapie péri-opératoire



« Selon les statistiques de l’OMS, le Vietnam a été reconnu officiellement, en l’an 2000, comme pays non endémique. Pourtant dans les provinces du Centre et des Hauts Plateaux, les taux de détection de nouveaux cas et d’invalidité de degré 2 sont encore considérables. Les maux perforants plantaires restent nombreux et difficiles à traiter. En outre, le stigma de la communauté face aux séquelles invalidantes de la lèpre est toujours très marqué [...]», dit dans la préface du livre le Dr Nguyen Thanh Tan, Directeur de l’Hôpital National de la lèpre et Dermato Vénérologie de Qui Hoa.

Photos et illustrations : Handicap International Vietnam



■ L'AUTRE BOUT DU TUNNEL

Pour sortir de l'obscurité laissée par l'image négative de la lèpre

Marie Monique Vololoarinosinjatovo*

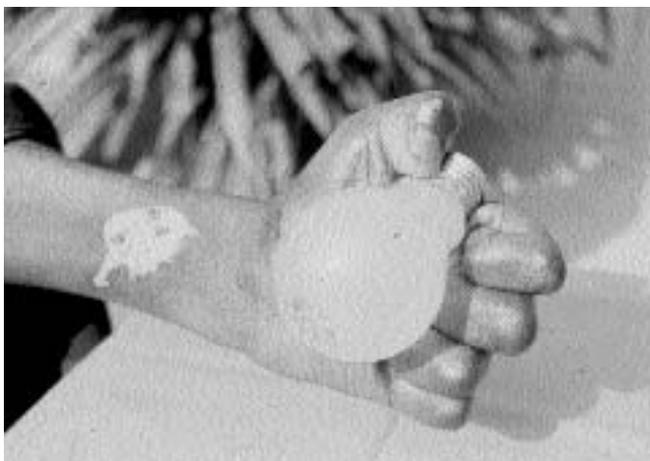


Photo M. Y. Grauwlin

Nul n'ignore que les invalidités laissées par la lèpre sont la principale cause de la persistance de son image négative.

Les malades de la lèpre, porteurs d'un handicap, sont des victimes de cette maladie et ils n'y sont pour rien. Ils méritent de vivre comme tout autre être humain, en fonction de leur capacité physique.

Mais leur prise en charge est souvent négligée, particulièrement dans les pays hyper endémiques, dans lesquels la priorité absolue est la réduction du nombre de malades et donc ainsi la diminution du risque de transmission de la maladie. Certes le problème est difficile d'autant plus que persiste encore une certaine forme de discrimination vis-à-vis des infirmes de la lèpre dans certaines régions de Madagascar et que ceux-ci ont souvent un comportement d'« éternels assistés », si bien qu'ils ne veulent pas passer à l'autosuffisance, même si on leur en donne les moyens.

Mais si, à l'avenir, les programmes de PCT fonctionnent bien, avec traitement précoce de tous les nouveaux cas de lèpre et contrôle des réactions, on ne devrait voir à l'avenir

que peu de nouveaux infirmes de la lèpre. Mais actuellement il faut prendre en charge les actuels handicapés.

Il faut donc, d'une part dépister et traiter précocement les états réactionnels et assurer un suivi sérieux des malades, et d'autre part mettre en œuvre un projet de prévention des invalidités et de réadaptation physique (PIRP).



Tournée de dépistage à Madagascar

Peut-on mettre, dans les pays hyperendémiques, la prévention des invalidités et la réadaptation physique des handicapés au même rang de priorité que la réduction du nombre des lépreux ? Sans aucun doute si le pays en a les moyens.

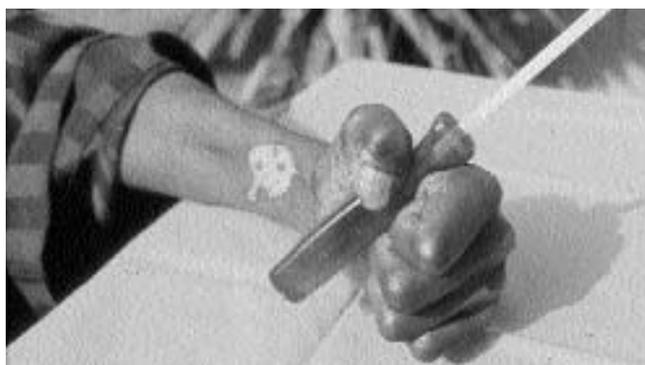
Dans les pays à faibles revenus, le nombre important de malades handicapés a un impact socio-économique. En prenant en charge les infirmes de la lèpre, non seulement on soulage les malades eux-mêmes mais en plus en leur permettant de reprendre une vie active, on participe à la lutte contre la pauvreté.

En plus du dépistage/traitement précoce de la maladie, la prise en charge des invalidités déjà installées constitue l'autre bout du tunnel dont les malades pourraient enfin sortir. Et disparaîtrait ainsi l'image péjorative de la maladie.

Il est peut-être temps maintenant de penser un peu plus à cette catégorie de malades, jusqu'alors oubliée.

Tous les hommes ont les mêmes droits à la naissance, mais par la suite certains en ont moins que d'autres et les malades de la lèpre ne doivent pas être de ceux-là.

*Médecin coordinateur, Programme National Lèpre, Madagascar



Griffe médiocubitale (photo M. Y. Grauwlin)

ASSOCIATION DES DERMATOLOGISTES FRANCOPHONES



COMPTE-RENDU DU 25^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASSOCIATION DES DERMATOLOGISTES FRANCOPHONES
Aoste – Saint-Vincent – Italie – 22-25 juin 2005



Du Moyen-Orient aux Amériques, de l'Europe à l'Afrique noire et à Madagascar, l'Association des Dermatologistes Francophones (ADF) réunit depuis 1923 les dermatologues attachés à la langue française. Le xxv^e congrès de l'ADF a été organisé à Aoste, au pied du Mont-Blanc, au Nord de l'Italie, dans une vallée traditionnellement francophone.

Remarquablement organisé par le Dr M. G. Norat (Aoste), sous la Présidence d'honneur des Prof. P. Amblard (Grenoble) et A. Rebora (Genova), le congrès d'Aoste a réuni 320 participants, venant principalement d'Europe et d'Afrique.

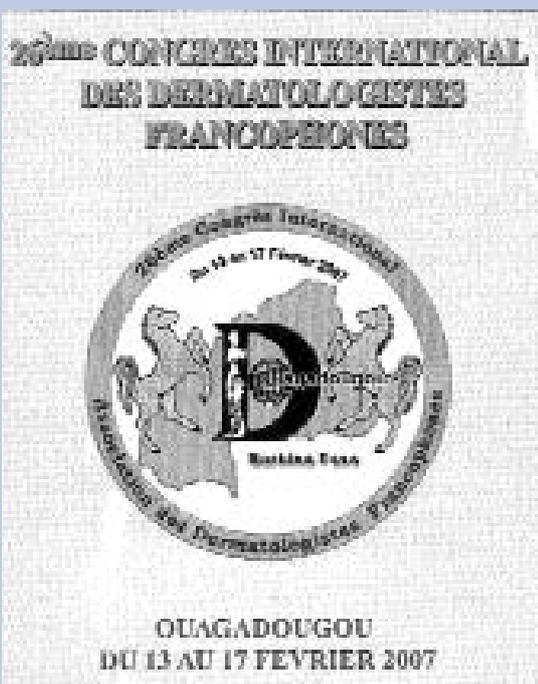
Après une lecture magistrale consacrée aux relations entre la peau et le tabac, un généreux apéritif attendait les participants, prêts à s'attaquer à 3 jours de congrès, riches d'exposés, de communications et de posters.

Les thèmes retenus s'adressaient aussi bien aux praticiens qu'aux hospitaliers, aux dermatologues chevronnés qu'aux internes en formation : Allergologie et Toxidermies, Atelier de Cosmétologie, Atelier de Dermatoscopie, Chirurgie Dermatologique, Complications infectieuses et dermatologiques des piercings et des tatouages, Dermatologie Pédiatrique et Génodermatoses, Histopathologie et Cancérologie, MST, Paronychie chronique, Peaux et transplantés... Une large place avait été réservée aux cas cliniques et aux posters, de superbes présentations démontrant la richesse de notre spécialité, mais aussi la qualité du travail des participants d'Afrique noire, de Madagascar ou du Maghreb et, en Europe, de la Fédération des dermatologistes français, qui ont pris une part très active au congrès et à son élaboration.

Un congrès d'une grande cuvée (ce qui est logique dans un pays viticole !), la découverte d'une belle région, un accueil merveilleux de nos collègues valdôtains et tout particulièrement du Dr Norat, de son épouse, et du Dr Veglio...

De quoi convaincre tous les lecteurs de participer au prochain congrès, qui aura lieu à Ouagadougou en 2007, organisé par le Prof. A. Traore, la Société étant maintenant présidée par le Prof G. Lorette (Tours).

Dr A.-A. Ramelet, Président sortant, Lausanne



ANNONCE DU 26^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES DERMATOLOGISTES FRANCOPHONES

THÈMES

1. Dermatologie tropicale et Dermatoses tropicales
2. Mycobactérioses (lèpre et ulcère de Buruli)
3. IST/VIH/SIDA
4. Allergie en dermatologie
5. Peau et cheveux, du Cap à Tunis et de Dakar à Toamasina : histoire, pathologie, données fondamentales récentes, cosmétologie

APPEL À COMMUNICATION

Date limite de réception des résumés : 31 octobre 2006

Pour informations et inscriptions, s'adresser à :

Pr Adama Traoré
 01 BP 1657
 Ouagadougou 01 – Burkina Faso
 e-mail : adama_traore@univ-ouaga.bf

LE SAINT ÉNIGMATIQUE

Yves Sauteraud



C'est le titre d'une nouvelle parue dans le livre Histoires charitables de Pierre Boule (édité par Julliard en 1965), l'auteur, entre autres, du Pont de la rivière Kwai et de La Planète des Singes.

Cette nouvelle, que nous résumons ici, imagine une léproserie au Moyen Âge, sous Philippe de Valois, située, en France, sur les pentes de « la Montagne aux malades », dirigée seulement par deux religieux : Frère Rose et le prieur, Thomas d'Orfeuilles. Un médecin, Jehan Maillard,

également atteint par une forme débutante de lèpre complétait la hiérarchie.

La description de cette maladrerie précise que les malades les moins atteints habitent au pied de la montagne et que plus l'on s'élève vers le sommet, plus les malades sont défigurés jusqu'à la répugnance. Le ladre estropié méprisant le ladre aveugle, le ladre au nez camard s'écartant du ladre pustuleux. Cette réunion formait, naturellement, un royaume à part, sans communication avec le reste du monde, redouté et haï des bien portants. Aucun habitant de la plaine ne se serait risqué ici, sauf les imprudents que la plainte des crécelles aurait immédiatement cloués sur place.

Or, un jour, comme le soleil s'abaissait sur la plaine, un inconnu gravit la pente jusqu'à la croix qui marquait la limite du royaume de la lèpre, où il s'arrêta un moment, immobile, oppressé, respirant avec peine. Puis, reposé, il franchit la limite de la croix sous le regard étonné de frère Rose qui allait sonner l'heure des vêpres.

– Arrière étranger ! Ne sais-tu pas que tu es dans une maladrerie ?

– Je le sais, mon frère, répondit l'inconnu, mais c'est ici que Dieu a dirigé mes pas. Je suis venu en pleine conscience, donne-moi le baiser de bienvenue.

Alors frère Rose, ébloui, se mit à courir vers le monastère en criant :

– Un saint, frère prieur, Dieu nous a envoyé un saint !

Il est venu de loin, frère prieur ! Cela se voit à la poussière qui couvre sa robe. Il s'est approché de moi, m'a ouvert ses bras, m'a embrassé, son haleine exhale un parfum d'encens et de myrrhe.

Maître Jehan Maillard pensa que le moine déraisonnait et qu'il fallait écarter cet étranger imprudent, comme l'exigeait

la loi. Le prieur hésitait également. Mais la sur-excitation de frère Rose avait trouvé un écho immédiat et enthousiaste dans le cœur des lépreux.

L'inconnu marchait maintenant entre deux haies frémissantes, où l'enthousiasme était tout prêt de se changer en adoration fanatique. Un saint ! ... un messie ! ...

– La paix soit avec toi, dit le prieur, nous sommes tous émus de l'amitié que tu nous témoignes, mais connais-tu bien le terrible danger auquel tu t'exposes en venant ainsi parmi nous ?

– Je ne crains pas la lèpre.

– Je bénis le sentiment qui t'anime. Mais tu n'as pas encore rencontré de ladres repoussants au visage hideux et il te faudra deux jours pour faire le tour de la maladrerie si, comme tu le dis, tu veux les rencontrer tous.

– Alors, frère prieur, je ne puis m'attarder, dit-il précipitamment, je me dois à ces malheureux.

– Un étrange oiseau, votre saint, prieur, dit le médecin Jehan Maillard. Le voilà parti en quête de ladres et ce n'est pas ce qui manque ici. Il n'a pas fait vingt pas et il a déjà frotté son visage contre celui de dix beaux museaux lépreux. La place est noire de monde. Que fait-il ? Toujours la même chose. Il se penche, il presse des seins contre sa poitrine. Il baise un front, deux joues. Il rebaise, mais il ne s'attarde pas. Que voilà un saint pressé de faire son salut ou de prouver sa sainteté !

L'étranger erra dans la maladrerie jusqu'à une heure avancée de la nuit, faisant don de son baiser à tous les lépreux qui se trouvaient sur son chemin. Le lendemain matin, avant l'aube, il continua son ascension, malgré son teint blafard et son visage baigné de sueur. Il alla à la rencontre de lépreux portant chacun sa forme particulière de hideur, car, comme le soulignait fréquemment le médecin, la lèpre tue lentement. Messire Thomas d'Orfeuille et ses deux amis le suivaient de loin :

– S'il ne craint pas d'êtreindre les ladres de là-haut, prieur, s'il n'a même pas un geste de recul devant l'horreur qui habite au sommet, je crois bien que moi-même je m'inclinerai devant lui et que je le reconnaitrai comme saint.

Tout en haut, au sommet du cône, habitait le plus effrayant des lépreux, un abyssin dont la peau noire, rongée, déchiquetée, partait en lambeaux, véritable Satan pour que rien ne manquât à cet enfer.



Lépreux recevant la visite de sa femme (chapiteau du cloître de Pampelonne)

L'inconnu se dirigea vers lui.

– Non, non, mon frère, cria le prieur, pas celui-là, Dieu ne peut exiger cela.

Pour ajouter à l'horreur, depuis quelques jours une odeur pestilentielle semblait monter de la vallée, comme celle de la décomposition de cadavres. Malgré cela, l'étranger était arrivé devant le lépreux noir. Il lui arracha brutalement son voile faisant apparaître une face dilatée, énorme, ravagée et colla ses lèvres contre sa joue. L'embrassement fut court. L'abyssin saisit la tête du saint, l'immobilisa à quelques pouces de son propre visage, la contempla et repoussa l'homme à terre. La bouche du noir, encadrée de hideux bourrelets, s'ouvrit alors, il en jaillit un hurlement qui fit vibrer la montagne, puis il prononça quelques mots et s'enfuit à toute allure.

Le prieur s'approcha du saint dont le visage était devenu cadavérique et semblait se décomposer sous ses yeux.

– Cet homme se meurt.

– L'odeur de sainteté s'est dissipée, dit Jehan en retroussant la robe du moribond, il ne reste plus que la puanteur, celle-là même qui monte de la vallée.

D'affreuses tumeurs, de dégoûtantes taches parsemaient l'aine du saint. Les mêmes stigmates apparaissaient sous les aisselles et envahissaient déjà le reste du corps.

Le médecin tendit le doigt vers les marques fatales et rugit, en se tournant vers son ami :

– Ce « saint » immonde se savait contagieux, il a voulu nous tuer par un fléau cent fois plus dangereux, mille fois plus terrible que la lèpre, prieur, le mal qui tue en cinq jours : la peste ! **la peste noire.**



Les lépreux, mosaïque, cathédrale de Monréale

TRANSMISSION VOLONTAIRE ET CRIMINELLE D'UNE MALADIE INFECTIEUSE

L'histoire rapportée ci-dessus est bien évidemment fantasmagique. Mais ce type de comportement pervers et criminel est bien connu et n'est pas sans nous rappeler l'attitude de certains malades du SIDA qui, se sachant porteurs du VIH, ne font rien pour en empêcher la transmission à leurs partenaires voire même qui recherchent délibérément cette transmission. D'ailleurs, tout récemment, le 15 novembre 2005, le tribunal de Cayenne (Guyane française) a condamné un homme à 7 ans de prison pour avoir contaminé 6 jeunes femmes, alors qu'il se savait séropositif.

Mais ce comportement n'est pas propre à notre époque et on peut en trouver des exemples historiques.

Flavius Josèphe (37-100, ap. J. C.), historien juif romanisé, cite le cas d'Apion, cet égyptien qui s'était moqué des lois juives et de celles de sa patrie, en particulier les lois concernant la circoncision. On lui organisa un rapport sexuel « impur ». Il fut alors puni d'un ulcère phagédénique de la verge qui nécessita la section du prépuce mais n'empêcha pas la gangrène. Il en mourut après avoir horriblement souffert.

Souvenons-nous aussi de Feron, cocufié par François I^{er} et qui se vengea en contractant la syphilis avec des prostituées dans le but de contaminer ensuite son épouse « la belle Féronnière », maîtresse du roi...

Mais dans le genre la palme revient à la célèbre (en son temps) pièce de théâtre d'Eugène Brieux (1858-1932) *Les avariés*, devenue un énorme roman moralisateur et même, en 1912, un film. Le thème est le suivant : la veille de son mariage, un amant déserteur reçoit de sa maîtresse abandonnée un cadeau d'adieu empoisonné... une superbe courtisane syphilitique aussi experte que venimeuse... !

A. Poinot et Y. Sauteraud

■ UN OUBLIÉ DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE TROPICALE : LOUIS-DANIEL BEAUPERTHUY

Médecin, savant « micrographiste », précurseur de Finlay et de Pasteur, créateur du premier hôpital consacré aux lépreux du Nouveau Monde

André Poinot

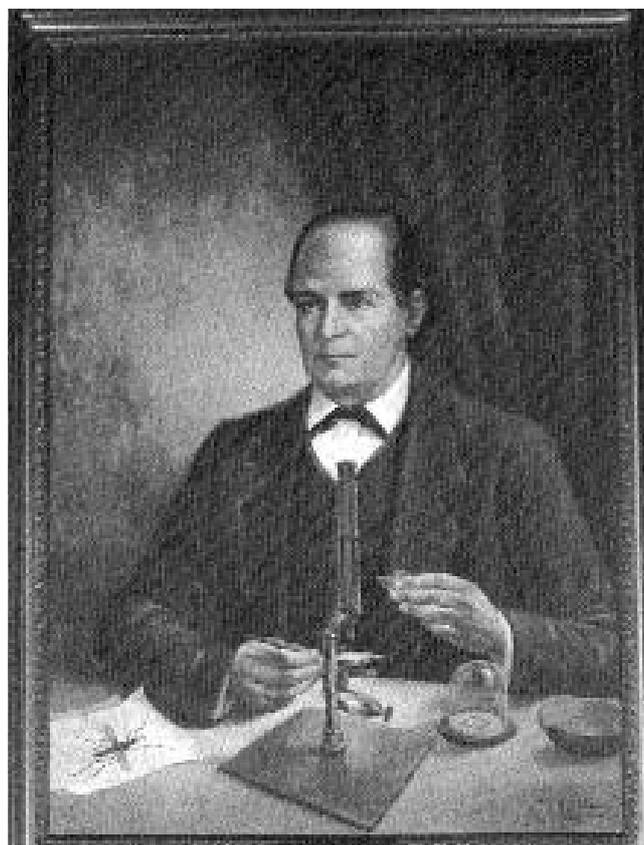
Né à la Guadeloupe, à Sainte-Rose, le 26 août 1807, il est, comme l'impératrice Joséphine, un créole, un « beké », son grand père paternel, chirurgien du Roi (Louis XV), étant arrivé là en 1754. Son père, Pierre-Daniel est chimiste-pharmacien (diplômé de Nantes) ; il a popularisé la vaccination (vaccine) dans l'île, il a aussi exploité des salines à Saint-Martin. Notre héros, d'abord scolarisé à Basse-Terre où son père a une officine, part ensuite à Paris pour ses études secondaires. Reçu au baccalauréat en 1828, il s'inscrit dans la foulée à la faculté de médecine*. Dans le cursus de Beauperthuy, il y a un hiatus de 3 ans, correspondant à un retour aux Antilles et un long voyage au Venezuela.

Sa thèse est soutenue en août 1837 (*De la climatologie*), sous la présidence de Velpeau, illustre chirurgien (on a retenu sa bande !) et avec Alibert, encore considéré comme « l'inventeur » de la dermatologie. Pendant ses études, il va s'intéresser à la microscopie (qui n'était pas au programme). Il a aussi suivi des cours au muséum d'histoire naturelle et collectionnera insectes, serpents, minéraux. Il sera envoyé, dès 1838, en mission officielle au Venezuela, d'où il expédiera à Paris quantité de spécimens. Il décide, en 1842, de s'établir définitivement au Venezuela, à Cumana, et s'y marie (le couple aura 3 enfants). Pour pouvoir exercer la médecine, il faut valider le diplôme à la faculté de médecine de Caracas (!). Il sera à la fois chirurgien, pédiatre, obstétricien, professeur d'anatomie (il fait venir de Paris un des fameux mannequins Auzoux). La place nous manque pour faire ressortir l'originalité et l'avance de Beauperthuy sur ses contemporains, au moment où triomphe la méthode anatomo-clinique... Songeons que Bichat, Laennec, Corvisart, Dupuytren n'ont jamais vu une cellule ! Lui, s'inquiète de l'étiologie, de la pathogénie et donc du traitement. Il combat la théorie des « miasmes » (en grec ancien : « souillure ») et, dès 1854, pose les prémices de 2 théories :

1. Origine « microbienne » des maladies infectieuses (le terme de microbe approuvé par Littré, interne de Paris a été donné, en 1878, par Sédillot, chirurgien militaire... Presque tout sera découvert entre 1880 et 1890).

2. Transmission possible par piqûre d'insectes**.

Beauperthuy a même imaginé ce que pouvaient être les virus***. Il faut se référer à ses travaux scientifiques posthumes, publiés à Bordeaux en 1891, par les soins de son fils ; la plus grande injustice à son sujet c'est bien sûr à propos de la fièvre jaune dont la transmission par le moustique *Aedes Egypti* a été décrite par lui en 1854 au Venezuela, soit 27 ans avant le cubain Finlay (qui avait alors 21 ans) dont le nom est resté attaché à cette découverte.



Louis Daniel Beauperthuy (1807-1871)

Beauperthuy et la lèpre

Il va y consacrer les dernières années de sa vie, cherchant à découvrir son étiologie pour en déduire le traitement, car il est convaincu que c'est une maladie curable. En 1867, il est nommé médecin chef du lazaret de Cumana et projette une modification grandiose des lieux. Mais faute d'argent, ses idées ne seront pas réalisées et, de sa poche, il va louer des maisons séparées pour appliquer ses théories (les voisins anglais de Trinidad surveillent et envoient des observateurs sur place). Son idée (fausse) est que l'épaississement de la peau est dû à un excès d'albumine, mais les mesures d'hygiène prises seront bénéfiques. Les britanniques de la Guyane (actuelle Guyana****) vont être les plus persuasifs pour l'attirer. Cette colonie anglaise est frontalière du Venezuela. Il s'y installe en famille dans une île (Kaow Island) sur le fleuve qui longe l'actuel Surinam (Guyane hollandaise à l'époque), mais très vite il y meurt d'une attaque d'apoplexie (le 3 septembre 1871, le dernier jour du second Empire !). Il a 64 ans.

Constatons que, de son vivant, c'est par ses recherches sur la lèpre, plus rapidement connues que ses autres travaux qu'il a été célèbre ! Il affirmait qu'en dépit des préjugés populaires, religieux, médicaux, « l'éléphantiasis » des grecs anciens était guérissable. Il s'est donc heurté à l'hostilité des autorités médicales en place dont le médecin de la marine Brassac, en poste aux Antilles françaises. Bien avant la découverte du norvégien Hansen (1873), il attribue la lèpre à un germe et il affirme que la contagion de cette maladie est due à un organisme vivant et non à l'hérédité. Il distingue 2 formes de lèpre : la « tuberculeuse » et l'« anesthésique » mais il est uniciste de pensée. Il imagine un rapport avec les paralysies périphériques saturnines ou dues au bérubéri. Il préconise la prise orale de bichlorure de mercure (liqueur de Swieten) associée à des applications externes de nitrate d'argent pour les lésions cutanées. Il est le tout premier à utiliser la photographie pour comparer les malades avant et après le traitement. Puis viendront l'huile de Chaulmoogra et les antibiotiques. Beaupterthuy ne va plus survivre que dans les manuels de léprologie (Lamblin, Leclair, Jeanselme...).

Il s'agit bien là d'un personnage considérable**** ...

Référence

Thèse de médecine (excellente) soutenue à Bordeaux, en 1985 par Anne Mortagne et publiée en 1998, sous le titre : *Louis Daniel Beaupterthuy, pionnier de la médecine tropicale* (Editeur Hervas).

**À l'époque et jusqu'à la veille de la 2^e guerre, on prenait 4 inscriptions par an et jusqu'à un maximum de 16, sauf échec.*

***Souvenons-nous des navires négriers qui avaient empiriquement découvert cela : le paludisme se manifestait dans les cas de mouillage dans un estuaire et non lorsque les bateaux restaient au large.*

****Philippe Lasserre... mieux que moi pourrait en expliquer l'étymologie : on trouve la racine « poison » mais venu de homme et donc peut être par la semence des pendus ?*

*****Rendue célèbre, il y a quelques années, suite à un suicide collectif d'une secte.*

******Plus près de nous, à la Teste (Gironde), il y a eu un autre précurseur de Pasteur : Jean Hameau.*

« Sans connaissance du passé, il n'y a pas d'intelligence du présent. »

« LEPROLIST »

L'ALLF a créé une liste de discussion léprologique « LEPROLIST », avec la collaboration technique du site internet de dermatologie « Dermatonet ».

Cette liste de courrier électronique, francophone et gratuite, permet à **tout médecin abonné à cette liste et ayant un problème, se posant une question, ou voulant faire partager une idée, des commentaires concernant la lèpre, que ce soit en général ou pour un cas particulier** (diagnostique, thérapeutique, épidémiologique, physiopathologique, etc), d'adresser un message e-mail à la liste, à l'adresse suivante :

leprolist@yahogroupes.fr

Nos **confrères responsables de programmes** nationaux de lutte contre la lèpre en Afrique sont très intéressés. **Qu'ils n'hésitent pas à nous contacter.**

En cas de question posée, les réponses sont données, après consultation éventuelle de léprologues de référence (biologistes, épidémiologistes, cliniciens, chirurgiens...) qui ont accepté d'être experts de LEPROLIST.

Pour tous renseignements et inscriptions (gratuites), contacter l'ALLF :

4 rue Jean-Jacques Bel 33000 Bordeaux France Tel/Fax : 05 56 52 32 14

e-mail: pibobin@wanadoo.fr

■ LA RENCONTRE DE DEUX DESTINS : LE PÈRE DAMIEN ET R. L. STEVENSON

Jean-Christian de Saint Salvy

Nous sommes en juin 1889. Deux destins hors du commun vont se croiser à Molokai, petite île de l'archipel de Hawaï qui est alors un royaume : deux hommes que tout oppose, qui ne se rencontreront jamais, mais dont, curieusement, les noms resteront liés.

Le premier, le **Père Damien** (Joseph De Veuster), est né en 1840 à Tremolo, petit village flamand au cœur d'une région à l'histoire tourmentée qui, au tournant du siècle, avait connu successivement la mainmise de l'empire d'Autriche, la terreur des sans-culottes et l'empire napoléonien. Il est issu d'une famille nombreuse de fermiers catholiques ayant acquis une certaine aisance grâce à un petit commerce de grains. Malgré cette situation relativement privilégiée, la famille De Veuster conservera un esprit rebelle, ce qui ne l'empêchera pas de donner à Dieu plusieurs de ses enfants.

Le second, **Robert Louis Stevenson**, né en 1850 dans la ville écossaise d'Edimbourg, vient d'une famille presbytérienne, très croyante, d'ingénieurs, bâtisseurs de phares, une famille ouverte sur le monde et ses découvertes, elle aussi en rébellion constante, mais contre l'envahisseur anglais. Sa mère est fille de pasteur et saura lui donner une éducation très religieuse ; mais le tableau familial serait incomplet sans « Cummy », sa nourrice, qui lui racontera, dès son plus jeune âge, toutes sortes de contes fantastiques auxquels elle mêlera souvent un imaginaire religieux parfois morbide.

Le premier n'a pas été un enfant facile. Ses petits défauts de jeunesse, son caractère entier mais torturé, son mépris du danger, sa naïveté, son entêtement, sa scolarité inachevée se retrouveront plus tard dans les relations parfois conflictuelles qu'il entretiendra avec ses supérieurs ou certains de ses confrères, mais en feront surtout, tout au long de sa mission, un homme déterminé, solide comme un roc, d'une foi inébranlable, qui mettra jour après jour toute cette énergie à soulager une communauté misérable, reléguée dans un village au bout de l'île de Molokai, vivant dans des conditions indignes. Cette communauté sera « sa paroisse », ce seront « ses lépreux ». Il surmontera leur méfiance en commençant par enterrer chrétiennement leurs morts et leur bâtira ensuite, souvent de ses propres mains, un cadre de vie où ils puissent se sentir des hommes.



R. L. Stevenson

Le second aura une enfance plus contrastée où se mêleront les sciences et techniques, alors en plein essor, qui le fascineront (mais dont il se détournera au grand dam de sa famille), l'imaginaire par les nombreux récits et contes de sa nourrice, la littérature d'aventure et le roman historique à travers Walter Scott, mais aussi Alexandre Dumas et



Le Père Damien « lépreux au milieu des lépreux »

Jules Verne. Volontiers rebelle, de plus en plus attiré par les lettres et les arts, il mènera pendant ses années d'université et au-delà, une existence de dandy, rejetant les valeurs morales de sa classe et la religion de son enfance.

Lorsque Robert Louis Stevenson se rend dans l'île de Molokai, le père Damien est mort depuis un mois. La nouvelle s'est rapidement répandue aux Etats-Unis, puis en Grande Bretagne. Stevenson, grand voyageur et auteur déjà célèbre séjourne alors à Honolulu. Il est tuberculeux depuis de nombreuses années et il va passer les dernières années de sa vie en Polynésie où le climat lui paraît plus favorable. Pour lui, cela reste un voyage comme les autres jusqu'au jour où il se rend compte avec une grande tristesse qu'il ne reverra plus sa chère Ecosse. Il a entendu parler du Père Damien, il sait que cet homme, maintenant dans un état de lèpre avancé, vit depuis plus de 15 ans au milieu des lépreux. Il sait le travail surhumain qu'il a accompli, étant tout à la fois prêtre, bâtisseur, médecin, administrateur, au prix de bien des difficultés et de rapports souvent difficiles avec ses supérieurs de Honolulu. Il va interroger les personnes qui l'ont approché, souvent des protestants, et recueillir de bouleversants témoignages. Il cerne petit à petit sa personnalité, il apprend à mieux le connaître, et il est touché par ses grandes qualités humaines, son immense générosité,



mais aussi par ses faiblesses, ses moments de doute, sa rusticité, son caractère rusé, parfois roublard, de paysan européen. Il conclura, parlant de lui dans une lettre adressée à sa mère : « Un homme avec toute la saleté et la vanité de l'humanité,

mais d'autant plus un héros et un saint. »

Stevenson est scandalisé : il vient en effet de découvrir l'existence d'une lettre adressée par le Docteur Hyde, pasteur à Honolulu, à son confrère, le docteur Cage à San Francisco. Cette lettre fait suite à un article publié dans le magazine hawaïen *the Friend* dans lequel l'auteur considérait que Damien avait été « un prêtre bienveillant et dévoué mais que c'était une exagération indigne que d'élever le brave prêtre au rang de martyr extraordinaire et magnifique ». Stevenson, le presbytérien devenu agnostique ne pourra compter sur la hiérarchie catholique d'Hawaï dont la réaction sera assez ambiguë puisqu'elle reconnaîtra au Père Damien des vertus, tout en les atténuant rapidement par l'énoncé de ses imperfections. Il va donc redevenir l'avocat qu'il aurait dû être si l'écriture et les voyages ne lui avaient pas pris tout son temps, il va se lancer dans un remarquable système de défense qui va désarçonner son adversaire. Reprenant un à un tous les défauts reprochés au Père Damien, il va démolir l'argumentation de Hyde en faisant de la plupart de ces défauts des qualités. « C'est un devoir envers l'humanité que j'accomplis en prenant la plume » déclare Stevenson au début de sa lettre au docteur Hyde.

Le passage le plus brillant de cette lettre reprend les accusations de Hyde, sans les réfuter et leur apporte une réponse cinglante : Damien était « grossier » : c'est possible, mais il rappelle que ce « paysan ignorant » était l'ami et le père de ces pauvres lépreux et que le distingué docteur Hyde n'était pas là pour les charmer de sa culture.

Damien était « entêté » : il lui donne là encore raison, bénissant Dieu de lui avoir donné une forte tête et une volonté ferme.

Damien était « sectaire » : ce n'était pas une foi stérile de bigot, elle n'aurait jamais attiré Stevenson, mais une foi qui s'est révélée un extraordinaire instrument du bien.

Damien « ne fut pas envoyé à Molokaï, il y alla de son plein gré » : là, il ne voit qu'une imitation du Christ dont le sacrifice fut si méritoire parce que volontaire.

Damien « s'absentait souvent de Molokaï » : comment le blâmer d'avoir usé de la liberté qui lui avait été donnée. Et s'il en a usé, c'était par nécessité et sans en abuser.

Damien « n'a été pour rien dans les réformes établies au lazaret » : toutes les réformes sont à mettre à son compte. Ses réussites et son héroïque acharnement ont eu raison des négligences de l'administration et lui ont permis d'attirer, outre de l'argent, la sympathie des coeurs.

Damien « n'était pas pur dans ses rapports avec les femmes » etc ; ce ne furent là que ragots sans fondement, uniquement destinés à nuire.

Le témoignage de Robert Louis Stevenson aura un double impact ; il préservera le souvenir d'un homme qui a si bien su servir Dieu à travers son prochain et montrera toute la grandeur d'âme et toute la générosité de cet écrivain qui, il ne faut pas l'oublier, était malade, se sentait peut-être, à ce titre, en communion avec Damien, et savait que ses jours étaient comptés.

Parmi tous les autres témoignages concernant le Père Damien, on retiendra ceux de deux personnalités du siècle passé : Ghandi et mère Teresa, si éloignés l'un de l'autre par la croyance, si proches par la foi en l'homme et le don de soi.

Laissons leur la parole :

Pour le **Mahatma Ghandi**, « le monde politique et journalistique ne connaît que quelques héros qui supportent la comparaison avec le Père Damien de Molokaï. L'Eglise catholique, par contre, connaît des milliers de gens qui, à l'imitation du Père Damien, se consacrent aux soins des lépreux. Il est important de rechercher la source d'un tel héroïsme. »

Mère Teresa, le 7 mai 1984, s'adresse au Pape : « Comme vous le savez, nous travaillons au milieu de milliers de lépreux... Pour pouvoir poursuivre cette œuvre d'amour et cette mission médicale, nous avons besoin d'un saint pour nous guider et nous protéger. Le Père Damien peut être ce saint. Très Saint Père, nos lépreux et tous les hommes de la terre vous supplient de nous donner un saint, un martyr de l'amour... »

Références :

- *Le Père Damien*, par Hilde Eynikel, éd. cerf, Paris, 1999.
- *Le Père Damien, apôtre des lépreux*, par Omer Englebort, éd. Plon, 1940.
- *Témoignage sur le Père Damien*, par Robert Louis Stevenson, lettre ouverte de 1890.



Le Père Damien

LES ANCIENS MALADES DE LA LÈPRE SUD-CORÉENS ET TAÏWANAIS
DEMANDENT RÉPARATION AUPRÈS DU GOUVERNEMENT JAPONAIS¹

Dans des numéros précédents du *Bulletin de l'ALLF*, nous avons évoqué^{2,3,4} le problème des malades de la lèpre du Japon qui ont connu l'internement obligatoire jusqu'en 1996. Comme l'écrivait Philippe Pons dans *le Monde* du 5 février 1996 : « Autrefois, on disait des lépreux, au Japon, qu'ils étaient abandonnés des trois trésors (le Bouddha, la loi et les moines). La lèpre était perçue comme une punition pour une faute commise dans une vie antérieure, selon la conception bouddhique de la rétribution des actes ; les lépreux faisant alors partie des *non-humains*. » Six mille anciens lépreux ont donc été libérés, début 1996. Mais personne ne les attendait. La plupart étaient restés sur les îles où ils avaient été internés, avec ce terrible mot d'adieu : « ne reviens jamais. »

Puis on apprenait en 1998 que des anciens malades avaient intenté une action judiciaire contre le gouvernement, avec demande de dommages et intérêts, arguant que la politique de ségrégation qu'ils avaient subie avait « violé leur droit constitutionnel au bonheur ». Le 11 mai 2001, le tribunal de Kumamoto, dans le Kyushu, a condamné l'état à indemniser ceux qui ont été victimes de cet enfermement, en versant à chacun 14 millions de yens (environ 917 000 francs). « Nous sommes à nouveau des êtres humains » avait déclaré un malade à la suite du jugement.

A leur tour, en 2003, 25 anciens malades de la lèpre taiwanais et 117 sud-coréens réclament un dédommagement pour les préjudices subis à l'époque où leur pays était occupé par le Japon (Taïwan à partir de 1895 et la Corée à partir de 1910). Des hommes et des femmes, tous âgés de plus de 80 ans, se plaignent d'avoir été isolés et d'avoir subi des stérilisations et des avortements forcés.

En 2004, le ministère japonais de la Santé précise que la loi ne s'applique qu'à l'archipel et non aux territoires occupés. Le 25 octobre 2005, un juge a donc débouté les sud-coréens. Mais dans le même tribunal, un autre juge a donné raison aux taiwanais. Selon ce dernier, la loi de 2001 est une législation spéciale qui doit s'appliquer à toutes les victimes. Devant ces interprétations différentes, les avocats de la défense réclament une solution rapide et annoncent vouloir faire appel de la décision rendue contre les lépreux sud-coréens.

Références

1. N. Vescovasci. RFI, émission « le journal de l'Asie » du 26/10/2005.
2. Ph. Chemouilli. « La lèpre au Japon, une discrimination à contre courant. » – *Bull. de l'ALLF* n° 12, février 2003, p.48-52.
3. Les anciens lépreux du Japon obtiennent réparation. *Bull. de l'ALLF* n° 9, juillet 2001, p. 51.
4. Chez les anciens lépreux du Japon, la revendication remplace la ségrégation (ou le « Droit constitutionnel au bonheur »). *Bull. de l'ALLF* n° 5, juin 1999, p. 42.

**« Mieux vaut allumer une petite chandelle que maudire l'obscurité. »
(proverbe chinois)**

**« La vérité est dure comme le diamant et fragile comme la fleur de pêcher. »
(Gandhi)**

**« Comme il est dans l'eau, on ne sait pas quand le poisson pleure. »
(proverbe baoulé)**

■ HISTOIRE DE LA LÈPRE

L'HUILE DE CHAULMOOGRA ET LES TRAVAUX DE LÉON STEVENEL

Guy Discamps

L'huile de Chaulmoogra a représenté, pendant des siècles, jusqu'à l'apparition des sulfones en 1942, le seul produit ayant une efficacité, certes limitée, dans la lèpre.

Le vrai chaulmoogra est un arbre d'Asie (Indes, Birmanie, Annam) dont le fruit, semblable à une orange, contient des pépins dont on extrait l'huile. D'autres arbres voisins ont été utilisés, en particulier en Afrique.

L'huile se prescrivait soit en ingestion, mais les troubles gastro-intestinaux observés en limitaient la prescription, soit en injection intramusculaire ou intraveineuse. Varham, le premier, a utilisé cette dernière voie.

Léon Stevenel a cherché à améliorer, dès 1911, l'administration intraveineuse de cette huile.

Il a mené de nombreuses études qui l'ont conduit à réaliser des émulsions aqueuses d'huile, dont l'injection était bien tolérée.

Ces travaux ont donné lieu à plusieurs publications à la Société de Pathologie Exotique, dès 1917 (voir encarts).

Il a également montré qu'il était possible d'extraire de l'huile de Chaulmoogra, un alcaloïde toxique, responsable, en partie, des troubles observés chez le lépreux traité (vertiges et éblouissements).

Mais le temps a passé et il ne serait évidemment plus question aujourd'hui de traiter un lépreux par de l'huile de chaulmoogra ou ses dérivés !

EXTRAITS DE COMMUNICATIONS DE L. STEVENEL À LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE Séance du 10 octobre 1917

Essais de traitement de la lèpre par des injections intra veineuses d'émulsion d'huile de chaulmoogra

L'huile de chaulmoogra est un des remèdes les plus en vogue contre la lèpre et c'est un des seuls qui ait amené sinon la guérison du moins des arrêts très longs et quelquefois définitifs dans l'évolution de la maladie. Ces résultats heureux sont assez rares parce qu'ils ne peuvent être obtenus qu'avec l'administration intensive du médicament et que celle-ci se heurte le plus souvent, lorsque le traitement est administré par la bouche, à l'intolérance et à la résistance du patient (répugnance à l'odeur et au goût, vomissements, diarrhée).

L'administration en injections sous-cutanées ou intramusculaires provoque des indurations douloureuses, véritables kystes huileux qui s'abcèdent parfois. Elle expose aussi le malade à des accidents de l'embolie graisseuse. [...]

Après plusieurs essais de fabrication de nouvelles émulsions d'huile de chaulmoogra, nous avons préparé, en 1916, à l'Institut d'Hygiène de la Martinique, une nouvelle émulsion : 5 cc d'huile pour 150 cc d'excipient (eau distillée).

Cette nouvelle préparation a été injectée dans les veines à 2 lépreux hospitalisés au préventorium colonial, à des doses variant de 5 à 20 cc. Les premiers effets thérapeutiques sont très encourageants : en particulier les nodules lépreux s'affaissent très rapidement, en même temps que la sensibilité réapparaît. [...]

Il se produit après chaque injection une congestion assez intense des lépromes, avec réapparition des douleurs pendant quelques minutes ce qui semble indiquer que le médicament a réellement une action élective sur les lésions lépreuses. [...]

Nous avons constaté avec le Dr Noc, en 1911, les effets *in vitro* de notre émulsion sur les bacilles lépreux. Des lépromes ont été triturés finement au mortier ; une partie a été mise au contact avec l'émulsion, l'autre partie avec du sérum physiologique. Dans la partie au contact avec l'émulsion, les bacilles lépreux avaient perdu, en partie, leur pouvoir d'être acido-résistants ce qui semblerait indiquer une dissolution partielle de l'enduit cireux qui donne cette propriété au bacille. [...]

Séance du 7 juillet 1920

Depuis la précédente communication, nous avons traités, jusqu'en avril 1918, une vingtaine de lépreux par injection IV de notre émulsion. [...]

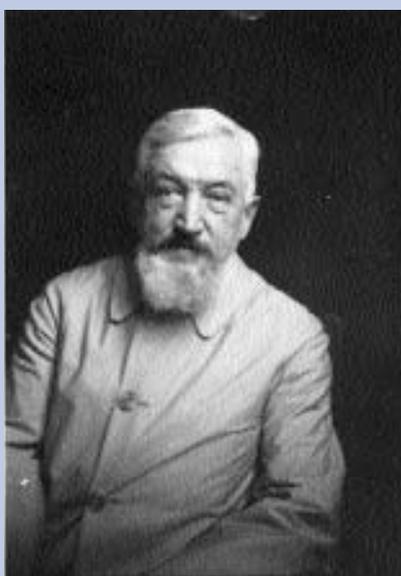
Tous nos malades traités ont été améliorés à des degrés divers ; quelques-uns, dont l'affection était au début, ont vu tous les symptômes morbides disparaître peu à peu. Nous avons pu revoir quelques-uns de ces malades à notre passage à la Martinique, en février 1920 : les améliorations, constatées en 1918, s'étaient toutes très accentuées, au point que de nouvelles guérisons apparentes pouvaient être enregistrées. [...]

En Guyane, nous avons traité quelques lépreux libres à Cayenne. Nous avons revu un an après quelques-uns de ces malades : malgré le petit nombre d'injections IV reçues, ils avaient été améliorés d'une façon très sensible, en particulier une jeune fille de 17 à 18 ans au masque léonin tellement hideux qu'elle se tenait cachée dans un grenier : elle était tellement améliorée que nous ne la reconnaissons pas et qu'elle avait pu reprendre son métier de couturière. [...]

LÉON STEVENEL

Major de la première promotion de l'École du Pharo, celle de 1907, élève de Calmette, Léon Stevenel appartient à la deuxième génération des médecins militaires coloniaux français. Biologiste et parasitologue de talent, ce vosgien, d'un caractère entier, au franc parler doublé d'un grand cœur, descendant d'une grande famille d'exploitants forestiers, possédait une forte personnalité. Doué d'un esprit ingénieux, il fut mal adapté au système administratif colonial et sûrement mal utilisé par le Service de Santé de l'époque. Avec des moyens très limités et au gré d'affectations nombreuses outre-mer et en métropole, il fit des travaux sur la recherche du principe actif de l'huile de Chaulmoogra qui marquèrent l'histoire du traitement de la lèpre. Il publia peu mais à bon escient. Son nom est à jamais associé à un colorant biologique à base de permanganate : le « bleu de Stevenel ». Sa carrière sera marquée sur le plan médical par l'étude de la lèpre, des tréponématoses et des parasitoses intestinales ; sur le plan géographique par les Antilles, le bagne de la Guyane et l'Afrique noire. Il aura participé comme combattant aux deux guerres mondiales et connu l'épreuve de la captivité. Il montrera dans ses derniers moments un courage stoïcien qui fera l'admiration de ceux qui l'ont connu.

Louis Héraut



L. Stevenel



L. Stevenel dans son laboratoire

LE BLEU STEVENEL

Comme Stevenel était dépourvu de certains colorants, dans son laboratoire de la léproserie de l'Acarouany (en Guyane), il a mis au point, en 1918, à partir du Bleu de Méthylène, un colorant qui fut appelé « Bleu de Stevenel ». Ce colorant rendait alors de grands services en bactériologie et en parasitologie pour mettre en évidence les parasites sanguicoles et même des tréponèmes. Cette découverte a donné lieu à une publication à la Société de Pathologie Exotique, en 1918. Ce colorant a pu être utilisé, associé à l'éosine, pour remplacer la coloration de Laveran.

**« En agissant, on se trompe parfois, en ne faisant rien, on se trompe toujours. »
(Romain Rolland)**

A Pondichéry, Laffitte importe de la côte Malabar (région de Mahé) un arbre d'une espèce voisine de celui qui fournit l'huile de chaulmoogra. L'huile extraite des fruits est d'une qualité supérieure et constante, son prix de revient est beaucoup plus bas. Les plantations faites autour de Pondichéry ne suffisent pas à couvrir les besoins de toutes les léproseries du Corps de santé colonial ; il faut importer des fruits de l'arbre. Au Cameroun, Peirier en 1930 signale l'activité antilépreuse des fruits de Caloncoba et Ferré en propose des préparations sous forme d'huile de Gorli, utilisées pendant la guerre de 1939-1945 car l'huile de chaulmoogra ne pouvait venir de Pondichéry. Rivoalen au Soudan, emploie de même l'huile de Gorli.

Site web ASNOM

Remerciements à :

– Mme Suzanne Stevenel et Mme Cécile Beresford, filles de Léon Stevenel, qui nous ont adressé les tirés à part des com-

munications de L. Stevenel à la Société de Pathologie Exotique.

– Louis Héraut qui nous a adressé sa biographie.

IL Y A BIEN LONGTEMPS !...

Traitement de la lèpre par le Chaulmorrhuate

3 FORMES { Ampoules pour injections intra-musculaires,
Gouttes pour la voie buccale,
Bagnets à usage médicamenteux.



**CHIMIOTHÉRAPIE
CHAULMOOGRIQUE**

DES AFFECTIONS A BACILLES ACIDO-RÉSISTANTS

HANSENOL

ETHERS ETHYL-CHAULMOOGRIQUES TOTAUX

INJECTIONS INTRA MUSCULAIRES INDOLORES

PHARMACIE ROGÉ-CAVAILLÈS G. PÉPIN & N. LACHAÏRE
ECHIARTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE MÉDECIN EN PHARMACIE
136, Boulevard Haussmann, PARIS

SOUVENIRS D'UNE ÉPOUSE DE MÉDECIN EN AFRIQUE

Yvonne Cathalan, a écrit ses souvenirs dans 2 petits livres dans lesquels elle raconte avec un style alerte, très vivant, imagé et avec beaucoup d'humour ses séjours auprès de son mari, médecin militaire, en service au Congo (quelques années avant l'indépendance), Vietnam, Madagascar, Algérie, Tahiti.

Parfum d'Etoile « ... années précieuses, comme un parfum, belles comme une étoile, mais aussi moments durs, comiques ou tragiques, moments de grande solitude et de nostalgie, situation inattendues, vécues au Congo, Vietnam, Madagascar, Algérie et Tahiti, du temps de cette époque coloniale puis de coopération où la famille pouvait suivre le médecin en mission au-delà des mers... » (Y. Cathalan).

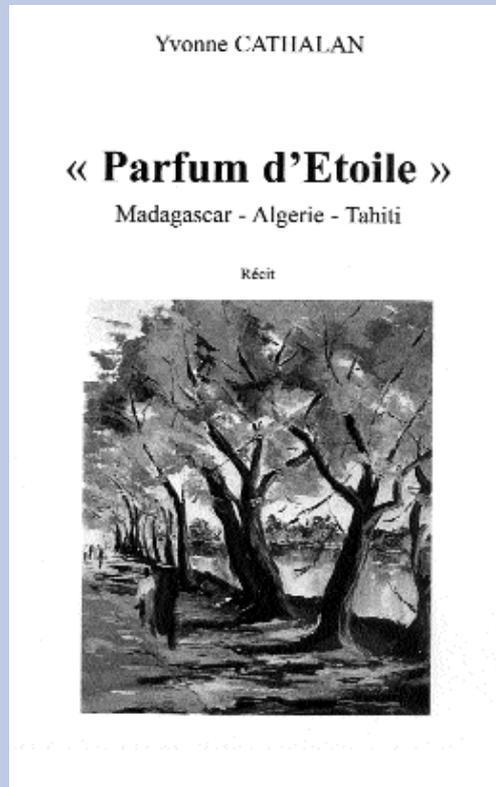
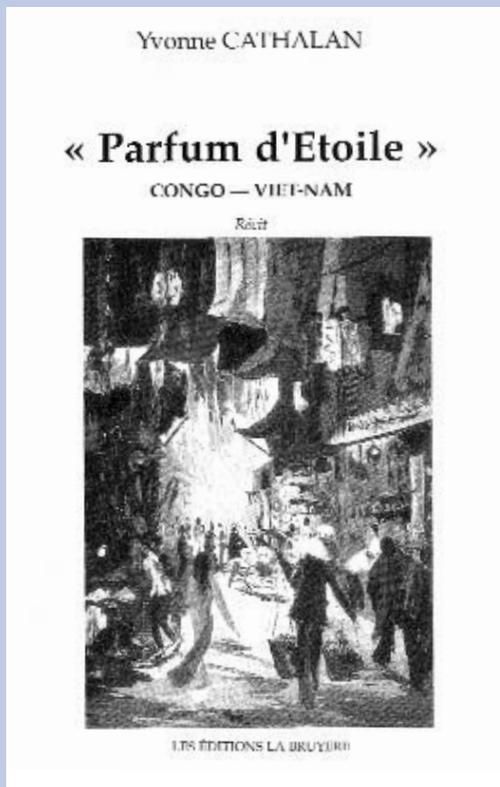
Voici ci-joint la couverture de ces 2 livres avec reproduction de 2 de ses toiles (elle est aussi artiste peintre) :

- sur le premier livre : « Cholon-Saïgon »
- sur le deuxième : « Jacarandas à Tananarive ».

Ces 2 livres intitulés *Parfum d'Etoile* (le premier paru en 1993, le second en 2004) sont vendus à la Bouquinerie La nuit des Rois, 28 place Pey-Berland, Bordeaux, au prix de 14 € chacun.



*Tournée dépistage lèpre au Congo (1957)
photo G. Cathalan*



■ LE MAHATMA GANDHI, LA LÈPRE ET L'AFRIQUE*

Exclus parmi les exclus



Quand Gandhi atteignit l'âge adulte et la maturité, il alla en Afrique du Sud en tant que jeune avocat. Dans ce pays, la population blanche humiliait et tyrannisait les résidents indiens et tous ceux qui n'étaient pas blancs. Gandhi prit fait et cause contre cette injustice et alla de porte en porte, dans les banlieues de Durban, pour recruter des membres pour le *Natal Indian Congress*.

Un jour, lors d'un déplacement avec ses compagnons afin d'enrôler des membres pour le Congrès, Gandhi vit un groupe de personnes derrière un arbre. Ils gesticulaient pour attirer son attention mais ne quittaient cependant pas l'abri de l'arbre. Renseignements pris, il s'agissait de malades atteints de lèpre, exclus, du fait de leur maladie, de la possibilité de se mélanger aux autres hommes dans la société. Ils étaient, comme le disait Gandhi, des parias.

Gandhi s'arrêta, oubliant son travail en cours. Ignorant la protestation de ses compagnons, il marcha à grands pas vers les hommes derrière l'arbre pour un entretien d'homme à homme. Quand il revint vers ses compagnons inquiets, son œil vif discerna un air désapprobateur sur leurs visages, ainsi que leur contrariété d'avoir perdu inutilement du temps et de l'énergie.

Gandhi prit le temps d'expliquer à ses compagnons qu'une parole de bonté et de sollicitude était le moins qu'il pouvait offrir à ses frères infortunés. Il leur précisa que les Blancs traitaient les résidents indiens en Afrique du Sud comme des bannis et les avaient frappés d'ostracisme. Il leur demanda de réfléchir sur cet aspect de leur malheureux destin, destin de ceux qui ont vécu, exclus parmi d'autres qui étaient eux-mêmes exclus.

Quelques années plus tard, alors que Gandhi était encore à Durban, quelqu'un frappa un soir à sa porte. Il ouvrit et vit un malade atteint de lèpre, à un stade très avancé de la maladie, qui lui demandait nourriture et aumône.

Contrairement à la pratique courante, Gandhi invita le mendiant à entrer, l'entraînant dans une pièce voisine, pansa ses blessures, lui donna à manger et l'invita à rester en tant qu'invité. Quand il écrivit sur cet événement, Gandhi a dit : *J'avais réussi professionnellement mais c'était loin de me*

satisfaire. La question de mieux orienter ma vie et d'entreprendre des actions concrètes au service de mes compagnons m'avait constamment agité. Un jour, un malade atteint de lèpre a frappé à ma porte. Je n'ai pas eu le cœur de m'en débarrasser avec un repas. Ainsi je lui ai offert un abri, j'ai pansé ses blessures et j'ai commencé à m'occuper de lui. Mais je ne pouvais pas continuer comme cela indéfiniment. Je ne pouvais pas me le permettre, j'ai manqué de volonté pour le garder toujours avec moi. Aussi je l'ai adressé à l'hôpital du gouvernement.

From *Gandhi Looks at Leprosy* by Dr. M.S. Mahendale

**Texte paru dans le Bulletin of LEA (published by SK Nordeen), vol. 5, 1-2 january-june 2005*

***Paru dans Bulletin of the lea, vol. 1, n° 2, avril 2001*

Traduction Pierre Boucher



**« Dès qu'elle est débarrassée des toiles d'araignée de l'indifférence, la Vérité brille avec éclat. »
(Gandhi)**

GUIDE TECHNIQUE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES SERVICES PCT DANS LES
ÉTABLISSEMENTS DE SOINS EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
Nouvelle édition (mai 2005)

La lèpre constitue encore à ce jour un problème de santé publique en République Démocratique du Congo. Cette endémie existe dans toutes les zones de santé de notre pays à des degrés divers. Depuis 1996, le Programme National d'Élimination de la Lèpre s'est doté d'un guide technique pour permettre la mise en œuvre de la polychimiothérapie (PCT) à travers les établissements des soins. Devant certains problèmes posés sur le terrain depuis sa mise en œuvre, l'amélioration dans la formulation des quelques notions et directives techniques était devenue incontournable ; d'où la diffusion des 3 éditions révisées de 1996 à 2002. Avec les avancées scientifiques intervenues au niveau de la lutte antilépreuse à travers le monde et les multiples problèmes opérationnels rencontrés sur le terrain, une révision de fond en comble du guide s'avère aujourd'hui impérative.

Ce guide, destiné à tout le personnel de santé et particulièrement à ceux du niveau opérationnel, aidera les acteurs de terrain à poser le diagnostic des cas de lèpre sur la base des signes cliniques, à guérir tous les patients par un traitement complet de PCT, à prévenir les infirmités et à prendre en charge les complications. En plus, ce guide permettra de tenir à jour les dossiers afin de suivre les patients, l'évolution de l'endémie lépreuse sur le terrain et de dispenser à la communauté une information correcte sur la lèpre.

Le présent guide est subdivisé en 6 parties :

- La première partie définit les principales notions et concepts utilisés dans ce document.
- La deuxième partie concerne le dépistage de la lèpre. Elle donne la définition de cas de lèpre et décrit les différentes stratégies de dépistage des cas.
- La troisième partie traite de la prise en charge des malades. Elle décrit les principales activités à mener avant, pendant et après le traitement.
- La quatrième partie a trait à la surveillance épidémiologique. Elle permet de suivre l'évolution et le progrès de l'élimination à travers les indicateurs essentiels du programme.
- La cinquième partie concerne l'évaluation et le monitoring. Elle permet le suivi de la mise en œuvre du programme et de son impact.
- La sixième partie traite de la gestion des médicaments. Elle va aider le personnel de terrain à avoir une immobilisation minimum de médicaments et ne jamais connaître de rupture de stock.

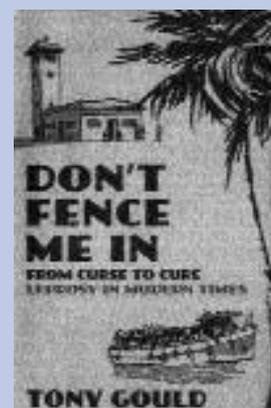
A LIRE

Don't fence me in
From curse to cure : leprosy in modern times
de Tony Gould - Editions Bloomsbury

Don't fence me in, titre d'une chanson de Cole Porter adoptée par les prisonniers de Carville désireux d'être libérés des préjugés, est également le titre de l'histoire de la lèpre de Tony Gould.

Couvrant les 200 dernières années, il documente les défis et les problèmes auxquels les malades de la lèpre ont été confrontés, ainsi que les médecins, infirmières et toutes autres personnes concernées par cette maladie. Le Dr Diana Lockwood, membre de la commission technique de l'ILEP, fait partie des nombreuses personnes de l'ILEP qui ont aidé Tony Gould dans ses recherches. Dans sa conclusion, l'auteur exprime son avis qu'il reste encore beaucoup à faire. Car il existe encore beaucoup de problèmes à résoudre concernant cette maladie dont l'incidence n'a pas tendance à diminuer dans la grande majorité des pays.

(info ILEP – Connect mars 2005)



PRIX LAVIRON 2005

Le prix Laviron 2005 vient d'être attribué au **Dr Ousmane Faye**, dermatologue de l'Institut Marchoux (actuel CNAM) pour l'ensemble de ses travaux de recherche sur la lèpre, entre 1990 et 2005.

Nous lui adressons nos plus vives félicitations pour cette distinction particulièrement méritée.

P. B.

RÉSEAU DERMATROP



LE 12^e COURS DE DERMATOLOGIE
TROPICALE

organisé par le Réseau Dermatrop aura lieu
les 16, 17 et 18 juin 2006 à la station thermale
d'Avène (Hérault)

Dr P. Bobin, Dr H. Darie, Pr M. Géniaux, Dr J. Versapuech

*Ce cours est ouvert aux étudiants en DES de Dermatologie et de
Médecine Interne, aux CCA des mêmes disciplines, aux derma-
tologues libéraux, ainsi qu'aux étudiants étrangers exerçant des
fonctions d'interne ou d'assistant.*

Programme

Vendredi 16 juin après-midi

- Diagnostic étiologique d'un prurit au retour d'un séjour tropical
- Dermatoses non infectieuses au retour d'un séjour tropical

Samedi 17 juin

- Aspects particuliers des dermatoses cosmopolites sur peau noire
- Dermatologie tropicale topographique :
Pied tropical
Nez tropical
Oreille tropicale
- IST et tropiques
- Noma, Burkitt
- Confrontation clinique et microscopique en dermatologie amazonienne

Dimanche 18 juin matin

- Atelier pratique de diagnostic microscopique
- Cas cliniques (ceux apportés par les participants seront les bienvenus)

Frais d'inscription 60 euros (30 euros pour les internes)
Hébergement et repas offerts par les Laboratoires Avène
Un transfert est assuré entre la gare ou l'aéroport de Montpellier
et la station

Renseignements :

Dr Hervé DARIE
Secrétaire Général du Réseau Dermatrop
E mail : dermatrop@voila.fr



1^{ères} RENCONTRES DERMATROP
et 1^{ères} JOURNÉES DE LA SOBUDEC
à Ouagadougou (Burkina Faso)
du 26 février au 3 mars 2006

Concept

- Stage de pratique dermatologique et d'échange scientifique en région tropicale
- Discussion à partir de la pathologie locale observée : diagnostic, prise en charge
- Etablissement de liens de coopération

Lieux : Ouagadougou (Burkina Faso)

- Service de Dermatologie du CHU Yalgado Ouédraogo (Pr Adama Traoré)
- Service de Dermatologie du CAMP de l'Unité Ouagadougou
- Service de Dermatologie et Léprologie Raoul Follereau
- Centres de santé périphériques (dispensaires et maternités)

Programme scientifique

- *Dimanche 26 février 18 h* : accueil et conférence introductive
- *Lundi 27 février, mardi 28 février, mercredi 1^{er} mars, jeudi 2 mars* : Journées portes ouvertes sur les services précités : consultations et visites des patients externes et hospitalisés
- Séances de discussion, cours et conférences sur pathologie régionale et actualités
- Communications à thème et libres de la Sobudec
- *Vendredi 3 mars* : séance de restitution, clôture

Programme social

Intermèdes touristiques libres avec concours photos

Renseignements

Dr Hervé Darie

Secrétaire G^{nl} du réseau Dermatrop : dermatrop@voila.fr
ou Pr Adama Traore

Président de la Sobudec : adama_traore@univ-ouaga.bf

LEPROSY MAILING LIST
Pour partager la connaissance

Leprosy mailing list (LML) est une « liste de discussion » anglophone, par courrier électronique, concernant la lèpre. Elle a été créée en février 2001 par le Dr Salvatore Noto, dans le cadre du Centre for training and research in public health (CEFPAS) à Caltanissetta (Sicile, Italie).

Depuis juillet 2005, le siège social de LML a déménagé et est maintenant situé dans le département de Dermatologie du Pr Enrico Nunzi à l'Hôpital San Martino à Gênes (Italie).

Les **objectifs** de LML sont les suivants :

- Objectif principal : partager, par l'intermédiaire du courrier e-mail, l'information sur la lèpre et son contrôle avec ses correspondants à travers le monde
- Objectifs spécifiques :
 - diffuser l'information sur la lèpre, ses causes, sa charge, sa prévention et son traitement
 - partager l'information au sujet de la mise en œuvre des activités et des programmes de lutte contre la lèpre
 - partager l'information au sujet des aspects socio-culturels de la lèpre et de la réhabilitation des infirmes de la lèpre
 - offrir un outil de formation à distance sur la lèpre pour les professionnels de la santé
 - créer un forum de discussion sur les principaux problèmes et les activités de lutte contre la lèpre.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser à :
salvatore.noto@hsanmartino.it

*Dr Salvatore Noto – c/o Dermatologia Sociale
Az. Ospedaliera Universitaria S. Martino Largo R Benzi, 10 – 16132 Genoa, Italy*

5 3^e JOURNÉE MONDIALE DES LÉPREUX : 28-29 JANVIER 2006

**Aidons les lépreux
stoppons la contagion.**

Les 28 et 29 janvier 2006
Vos dons pour agir

**FONDATION
RAOUL FOLLEREAU**

53^e Journée Mondiale des Lépreux
01 47 31 45 30 - 01 47 30 04 83 www.raoul-follereau.org

Communiqué de presse

53^e Journée Mondiale des Lépreux
**Avec un nouveau cas chaque minute
la lèpre reste un terrible fléau**

La lèpre a singulièrement régressé, mais l'inquiétude persiste.
Le nombre de nouveaux cas est désespérément stable : 1 chaque minute dans le monde, dont 15 % d'enfants. Toutefois, 7 à 8 millions de malades souffrent de séquelles invalidantes.

Pour guérir, il faut agir le plus rapidement possible : systématiser le dépistage précoce pour stopper la contagion.

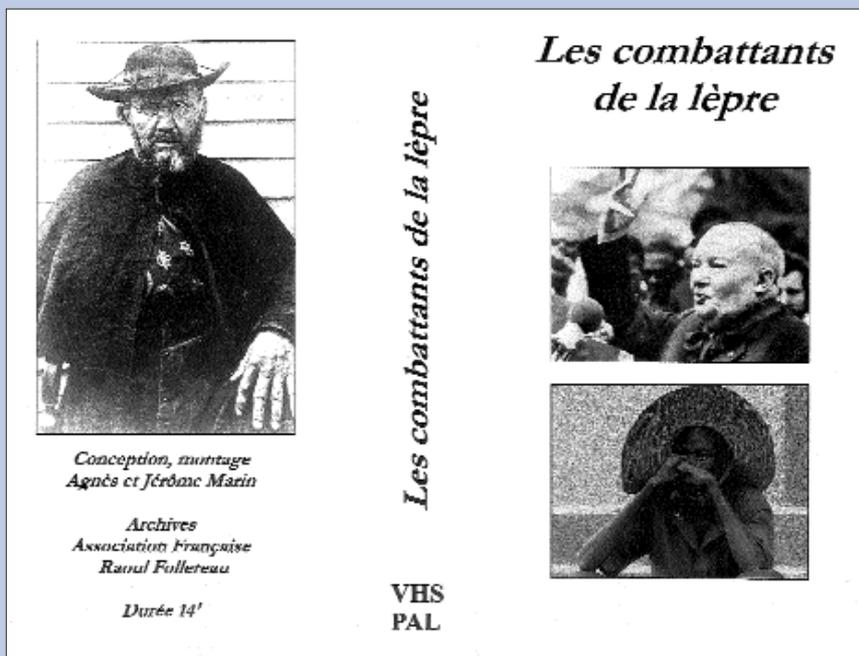
C'est le mot d'ordre des 40 000 bénévoles Raoul-Follereau qui tendront la main le week-end des 28 et 29 janvier 2006, à l'occasion de la 53^e Journée Mondiale des Lépreux.

Créée en 1951 par Raoul Follereau, la **Journée Mondiale des Lépreux est l'occasion unique de sensibiliser le grand public et d'en appeler à sa générosité pour dépister et soigner précocement, soutenir les programmes de recherche, former les personnels de santé, informer les populations, aider les malades à se réinsérer.**

**28 et 29 janvier 2006
Un simple geste suffit :
Chaque euro donné fait reculer la lèpre.**

Pour tout contact presser : Virginie Thoreau
06 63 11 45 30 / 04 73 30 04 83 legislation@raoul-follereau.org

■ NOUVEAU : UN FILM (VHS) LES COMBATTANTS DE LA LÈPRE



[...] le moment de rechercher et de préserver de la disparition les matériaux de toute sorte dont notre histoire pourrait avoir besoin, pour mesurer le chemin parcouru, identifier les écueils qui l'ont jalonné et la manière dont les anciens les ont affrontés...

Jacques Kuoh Moukouri
cité par A. Récipon, congrès Follereau, Paray-le-Monial, 24 septembre 2005

COMPOSITION DU BUREAU DE L'ALLF

- Président** : Dr Augustin GUEDENON, Cotonou, Bénin
Vice-Président : Dr Jean Norbert MPUTU LUENGU B., Kinshasa, RD du Congo
Secrétaire Général : Dr Pierre BOBIN, Bordeaux, France
Secrétaires Généraux Adjoints :
 – Dr Monique VOLOLOARINOSINJATOVO, Antananarivo, Madagascar
 – Dr Samba SOW, Bamako, Mali
Trésorier : Pr Guy DISCAMPS, Bordeaux, France
Présidents Honoraires : Dr H. SANSARRICQ – Pr H. ASSE
Membres Honoraires : Pr M. LECHAT – Pr P. SAINT ANDRE – Dr C. VELLUT
Représentants Régionaux :
 – Afrique : Dr KONATE, Niger – Dr D. OBVALA, Congo Brazza – Dr A. S. DIALLO, Mali
 – Madagascar : Dr C. RATRIMOARIVONY – Dr S. ANDRIANARISOA
 – Maghreb : Dr F. BELHAMER, Maroc – Dr A. ZAHAF, Tunisie
 – Amériques : Dr V. ANDRADE, Brésil – et Caraïbes : Dr M. FREDERIC, Guadeloupe
 – Pr C. PEAN, Haïti
 – Europe : Pr E. NUNZI, Italie – Pr S. PATTYN, Pays Bas
 – Pacifique : Dr R. FARRUGIA, Australie
Représentant Association Française Raoul Follereau : Mr M. RECIPON
Représentant Comité International de l'Ordre de Malte : Dr B. FLAGEUL
 Le comité exécutif s'établit comme suit :
 – Président : Dr A. GUEDENON – Secrétaire Général : Dr P. BOBIN – Trésorier : Pr G. DISCAMPS



IN MEMORIAM

Nous venons d'apprendre avec beaucoup de tristesse le décès de Mme Guédéon, épouse du Dr Augustin Guédéon, Président de l'ALLF.

Nous adressons au Dr A Guédéon et à toute sa famille nos très sincères condoléances et les assurons de toute notre sympathie.

« Ne meurent que ceux que l'on oublie. »

■ LÈPRE ET PHILATÉLIE

Alain Mallet de Chauny

Voici la 4^e et dernière série de timbres sur le thème de la lèpre.



Bénin



Mali



Côte d'Ivoire



Cameroun



Mali



Niger



Gabon



Mauritanie



Togo

■ LA LÈPRE EN RÉBUS de Jacques Darquey (solution

REBUS



Nom : Prénom :
 Fonction :
 Adresse :

 Pays :
 Tél : Fax :
 E-mail :

- Souhaite adhérer à l'A.L.L.F.
 Souhaite renouveler mon adhésion pour 2006

Ci-joint, le paiement :

de ma cotisation annuelle (5 euros)
 d'un don (facultatif) de soutien à l'A.L.L.F
 Total

Le paiement de la cotisation annuelle permet de recevoir gratuitement 2 fois par an le Bulletin de l'ALLF.

Adresser le bon ci-dessus et votre paiement selon les modalités suivantes :

- virement international à Association des Léprologues de Langue Française
 BNP Bordeaux-Tourny France
 Code banque : 30004 - Code guichet : 00588 - N° compte : 28032 clé RIB 64
 N° de compte bancaire international (IBAN) : FR76 3000 4005 8800 0000 2803 264 BIC : BNPAPFRPPBOT
- chèque bancaire à l'ordre de l'ALLF
 à adresser à l' Association des Léprologues de Langue Française
 4 rue Jean Jacques Bel 33000 BORDEAUX FRANCE
 Tél. et Fax. 05 56 52 32 14



BULLETIN
 de l'Association des Léprologues de Langue Française ALLF
 ISSN : 1622-4329
 N°18 - janvier 2006

Directeur de publication et rédacteur en chef : P. Bobin
 Comité éditorial : B. Carbonnelle, E. Declercq, J. Grosset, A. Guédénon,
 B. Ji, B. Mputu, S.O. Sow

Correspondants et conseillers : S.H. Andrianarisoa, S. Cole, J. C. Cuisinier-Raynal, H.
 Darie, G. Discamps, O. Faye, M. Géniaux, M. Y. Grauwil, R. Josse, Ph. H. Lagrange, M.
 Lechat, A. Mahé, J. J. Morand, S. Pattyn, F. Portaels, M. Samsøen

Conception / réalisation : éditions confluences - Impression : imprimerie GIE SCENE (Saint-Étienne)

Adresse
 Association des Léprologues de Langue Française (A.L.L.F.)
 4 rue Jean Jacques Bel 33000 BORDEAUX - FRANCE
 Tél. /Fax. 33 (0)5 56 52 32 14 - Email : pibobin@wanadoo.fr
 Site web : www.sfdermato.net/allf/index.html

Siège Social A.L.L.F.
 Centre René Labusquière - Université Victor Segalen Bordeaux 2



■ SOLUTION DU REBUS

LA LAID – P'RENÉ – PAS – ELIE – MINET AILÉ SEUL MENT – COMTE – R'EAU – LAIT

La lèpre n'est pas éliminée. Elle est seulement contrôlée



– Editorial

– Epidémiologie

La lèpre dans le monde en 2004	infos OMS	p. 2
Peut-on espérer arriver à un consensus sur la stratégie à mener	P. Bobin	p. 4
La lèpre n'est pas éliminée	P. Bobin	p. 6
La lèpre à Anjouan (Comores)	Z. Salim	p. 7
La lèpre urbaine, le cas d'Antananarivo	C. Ratrimoarivony	p. 9
La lèpre au Maroc	I. Azouzi	p. 10

– Formation continue

Taux de rechutes MB après PCT	B. Ji	p. 12
Prévalence des taches hypochromiques non lépreuses	O. Faye	p. 14
En direct des congrès	P. Aubry	p. 16
Quel est votre diagnostic ?	P. Niamba	p. 18
Lèpre familiale en Argentine	S. Paredes	p. 19
Dépistage différé de sujets contacts domiciliaires	G.Y. de Carsalade et coll.	p. 20

U de Buruli

2 observations d'ostéites à <i>M. ulcerans</i> au Bénin	A. Chauty et coll.	p. 21
Enquête sur l'ulcère de Buruli en RD du Congo	A. Kibadi et coll.	p. 24
Transmission de <i>M. ulcerans</i>	L. Marsollier et coll.	p. 27
Traitement de l'U de Buruli par streptomycine / rifampicine	H. Euverte	p. 29
L'ulcère de Buruli en Guyane	O. Queré	p. 30

– Infos

Projet pilote de lutte contre les maladies de peau au Mali	A Mahé et O. Faye	p. 31
Prise en charge des invalidités liées à la lèpre	P. Bobin	p. 35
Réhabilitation fonctionnelle des infirmes de la lèpre au Vietnam	B. Chabaud	p. 36
Réinsertion sociale des infirmes de la lèpre au Cameroun	A. Um Boock et coll.	p. 39
Soins aux pieds lépreux au Vietnam	Handicap International	p. 42
L'autre bout du tunnel	M. Vololoarinosinjatovo	p. 43
Congrès de l'Association des Dermatologues Francophones	A. Ramelet	p. 44
Le saint énigmatique	Y. Sauteraud	p. 45
Louis Daniel Beauperthuy, pionnier de la médecine tropicale	A. Poinot	p. 47
La rencontre de 2 destins : Père Damien et R Stevenson	J C de Saint Salvy	p. 49
Les anciens lépreux taiwanais et sud coréens	info RFI	p. 51
Note historique : travaux de L. Stevenel sur l'huile de chaulmoogra	G Discamps	p. 52
Souvenirs d'une épouse de médecin en Afrique	Y. Cathalan	p. 55
La lèpre et Gandhi		p. 56
Guide technique pour mise en œuvre de la PCT en RD du Congo		p. 57
À lire : <i>Don't fence me in</i>		p. 57
Réseau Dermatrop		p. 58
Leprosy mailing list		p. 59
53e Journée Mondiale des Lépreux		p. 59
Film <i>Les combattants de la lèpre</i>		p. 60
Composition du bureau de l'ALLF		p. 60
In memoriam		p. 60
Lèpre et philatélie	A. Mallet de Chauny	p. 61

– Rébus

J. Darquey	p. 62
------------	-------

– Bulletin d'adhésion

p. 63
